Gemeentezorg

Randvoorwaarden voor een succesvolle decentralisatie van langdurige zorg naar gemeenten



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



Adviseur in gezondheid en zorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en het parlement. Hij zet zich in voor een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische beleidsadviezen uit. Die schrijft de Raad vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Gemeentezorg

Randvoorwaarden voor een succesvolle decentralisatie van langdurige zorg naar gemeenten

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 3405060
Fax 070 3407575
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon
Ontwerp: Vijfkeerblauw
Fotografie: Eveline Renaud
Druk: Vijfkeerblauw
Uitgave: 2014
ISBN: 978-90-5732-248-8

U kunt deze publicatie downloaden via onze website (www.rvz.net) publicatienummer 14/01.

Kern van het advies

Gemeenten kunnen een grote bijdrage leveren aan de houdbaarheid van zorg en ondersteuning. Ze kunnen met de decentralisaties nog meer synergie realiseren en burgers voorzien van maatwerk. Deze transformatie (Kanteling), waarmee zij een impuls geven aan de sociale samenhang en aan de eigen verantwoordelijkheid van de burger, is al begonnen. Aan een aantal randvoorwaarden moet nog door het Rijk, gemeenten en de zorg worden gewerkt.

Welk probleem lost dit advies op?
Het vergroot de kans op succes van de decentralisaties in de zorg en andere delen van het sociale domein en draagt daarmee bij aan een betere balans tussen betaalbaarheid, kwaliteit en toegang.

Wat zijn de gevolgen voor de burger?
Er komen voldoende basisvoorzieningen in zijn nabijheid waarmee hij langer redzaam kan blijven en mee kan doen. Als dat nodig is verschaft de gemeente hem aanvullende individuele ondersteuning op maat. Er wordt van hem meer indringend een tegenprestatie gevraagd als vrijwilliger of als mantelzorger.

Wat zijn de gevolgen voor aanbieder en professional?
De professional krijgt een andere rol, namelijk ontzorgen in plaats van zorgen. Dit vereist andere competenties; de werkgever (aanbieder van zorg en ondersteuningsdiensten) zal daar in moeten investeren. Ook zal de aanbieder op het raakvlak van zorg en ondersteuning moeten streven naar synergie en efficiency en daarvoor samenwerken met gemeente en zorgverzekeraar.

Wat zijn de gevolgen voor de gemeente?
De gemeente moet de Kanteling doorzetten en via ontkokering synergie en maatwerk realiseren. Gemeenten werken mee aan een landelijke monitor.

Wat moet het Rijk doen?
Het Rijk doet zoveel mogelijk om de decentralisatie te laten slagen en zorgt voor een gelijk speelveld tussen gemeenten en zijn burgers, de zorgsector en gemeenten onderling. Hij organiseert een jaarlijkse landelijke monitor en stuurt in overleg met gemeenten zo nodig bij.

Wat kost het?
Een succesvolle decentralisatie heeft een hoog maatschappelijk en financieel rendement.

Inhoudsopgave

Gemeentezorg

Randvoorwaarden voor een succesvolle decentralisatie van langdurige zorg naar gemeenten

Samenvatting

De centrale vraag

De houdbaarheid van de zorguitgaven in de komende decennia is een probleem. De kwaliteit en toegang zijn op niveau maar de uitgaven voor zorg zijn te hoog en stijgen snel. Het kabinet ziet de decentralisatie van onder andere een aantal AWBZ-aanspraken naar gemeenten als een deel van de oplossing. De eerdere decentralisatie van de huishoudelijke zorg (2007) is goed verlopen. Op dit moment wordt toegewerkt naar verdere decentralisatie op het gebied van de AWBZ, de Jeugdzorg en de Participatiewet. De doelmatigheidskorting hierbij is substantieel.

Hoewel de reikwijdte van de decentralisatie van de zorg beperkt is (hoofdzakelijk de functie begeleiding) ziet de Raad aanleiding om goed naar de kansen en risico's te kijken en randvoorwaarden voor een succesvolle transformatie te formuleren. In dit advies wil de Raad antwoord geven op de vraag of en hoe een betere balans tussen de publieke belangen kwaliteit, toegang en betaalbaarheid kan worden verkregen door verantwoordelijkheden bij de gemeente te beleggen. Met het antwoord op die vraag beoogt de Raad overigens niet al te kunnen of willen aangeven dat verdergaande decentralisatie van de langdurige zorg wenselijk en haalbaar zou zijn.

Een terreinverkenning

De decentralisatie wordt een succes wanneer gemeenten kwaliteit en toegankelijkheid blijven borgen en tegelijk de kosten behoorlijk verlagen. De kracht van de gemeenten is hun budgetdiscipline, een goed gevulde gereedschapskist waarmee synergie en maatwerk kan worden gerealiseerd en ten slotte een direct contact met de burger, waardoor de balans niet teveel doorslaat in de richting van verschraling en toegangsbeperking. Deze factoren scheppen een gunstig klimaat voor decentralisatie in het sociale domein. Het formaat van de opgave en de financiële risico's daarvan nopen gemeenten tot een andere werkwijze en nieuwe oplossingsrichtingen. Dat zal een leerproces en een cultuuromslag van alle betrokkenen vergen, onder budgettaire druk.

De VNG heeft in dit verband een aansprekende visie ontwikkeld die nu al op veel plaatsen in praktijk wordt gebracht. De kern daar-

van is de Kanteling van denken vanuit zorg- en dienstverlening naar denken vanuit eigen kracht van de cliënt. In dit model kan de burger in eerste instantie met problemen bij zijn redzaamheid en participatie terecht in zijn eigen leefomgeving, waar de gemeente heeft geïnvesteerd in samenhang en (betaalde) basisvoorzieningen. Pas als dit niet voldoende is, kan de burger terecht bij de gemeente, die beziet of aanvullende individuele diensten, tegen een inkomensafhankelijke eigen bijdrage, nodig zijn. Voor specialistische ondersteuning wordt een tweede lijn ingericht.

Dit proces van ontzorgen en verleggen van verantwoordelijkheden naar de burger zelf is een forse opgave die niet iedereen makkelijk afgaat, en die ook zijn grenzen kent. De implementatie van de Kanteling roept nog veel vragen op, over de burger, de professional en vrijwilliger en de gemeente zelf.

Hoe wordt bepaald wie formele ondersteuning echt nodig heeft en hoe komen die mensen bij de gemeente in beeld? Welke burgers lopen het meest risico dat ze over het hoofd worden gezien? Een aandachtspunt voor gemeenten bij de decentralisatie is de instroom van nieuwe cliënten met vaak een beperkt netwerk en sociale vaardigheden. De professional zal een voortrekkersrol bij de kanteling gaan vervullen; dat is namelijk waarvoor de gemeente zijn werkgever zal contracteren. Dit zal zeker marktdynamiek veroorzaken maar misschien ook baanonzekerheid en onrust. Zorgaanbieders zullen moeten investeren in de competenties van medewerkers. De overlap tussen ondersteuning en zorg biedt hen kansen voor synergie, doelmatigheid en kwaliteit. Onder welke voorwaarden zullen die tot stand komen?

Op vrijwilligers en mantelzorgers zal een toenemend beroep worden gedaan. Nu al voelen enkele honderdduizenden mantelzorgers zich overbelast; vrijwilligers zullen een nuttige rol kunnen vervullen bij het verlichten van hun taken. De grote kans hier is de benutting van het vrijwilligerspotentieel onder de jong gepensioneerden; onder werkenden is het potentieel minder groot in verband met de krimp op de arbeidsmarkt. Daarnaast ligt er de vraag of mantelzorg meer verplichtend moet worden, zoals in sommige buurlanden.

Bij gemeenten is de vraag welke afwegingen zij gaan maken bij het bepalen van het niveau van ondersteuning, het beschikbare budget en lokale lastendruk. De vraag is ook hoe zij - naast de kanteling - ontkokering en synergie tot stand gaan brengen. Door de decentralisaties gaat het aandeel van het sociale domein in de gemeentelijke huishouding fors oplopen. Om dit beheersbaar te houden zullen de onderdelen van de gemeentelijke organisatie goed met elkaar verbonden moeten zijn.

Bij het onderzoek voor dit advies is gesproken met gemeenten die zich serieus en proactief op deze vragen voorbereiden en uiteenlopende oplossingen ontwikkelen, in de lijn van de kanteling en passend bij de, per gemeente verschillende, lokale situatie. De eerste ervaringen die in deze gemeenten zijn opgedaan, geven vertrouwen in het verdere verloop van de decentralisatie. Alle gemeenten waarmee is gesproken investeren in sociale samenhang (nulde lijn) maar de meeste aandacht gaat nog uit naar de eerste lijn, met name de organisatie van de toeleiding tot de ondersteuning. Gemeenten onderstrepen het belang van de brede decentralisatie in het sociale domein, inclusief Jeugd en Participatiewet. Het rendement is het meest gediend met de integrale aanpak van multiprobleemgezinnen, met investeren in betaald werk en met het betrekken van de cliënt en zijn netwerk bij het ontwikkelen van maatwerkoplossingen.

Kansen en risico's

De kansen dat gemeenten met de kanteling, synergie en maatwerk doelmatigheid en kwaliteit kunnen realiseren zijn groot. Gemeenten zullen ook een eigen invulling gaan geven aan de ondersteuning, passend bij lokale voorkeuren en cultuur. Dat leidt tot gewenste verschillen en is een motor voor innovatie in het sociale domein.

Een risico is dat er ongewenste verschillen tussen gemeenten ontstaan. Er kunnen in bepaalde gemeenten gaten vallen in de opbouw van de informele ondersteuning of in de signalerings- en toeleidingsorganisatie, doordat de kanteling niet krachtig genoeg wordt doorgezet, of wanneer men er niet in slaagt om kokers en schotten te doorbreken. Nog ongewenster zou zijn wanneer een gemeente, met het oog op kostenbesparing en risicoselectie, zou kiezen voor een schraal voorzieningenniveau. Dergelijke verschillen zullen eerder optreden als de verdeling van middelen niet goed aansluit, en in de toekomst blijft aansluiten, bij (de ontwikkeling van) de kosten bij een groeiend gemeentelijk sociaal domein dat door de kanteling een ander aanzien krijgt.

Een risico van andere aard is dat de verwachtingen over het tempo van kanteling en het potentieel van synergie en vrijwilligers en mantelzorgers, en daarmee over de budgettaire besparingen, niet realistisch zijn. De bestuurlijke discussie kan dan in een negatieve spiraal terecht komen, waarin de dekking van tekorten centraal komt te staan en het wederzijds vertrouwen afneemt.

Oplossingsrichtingen

- Monitoring Rijk

Het transformatieproces van de Kanteling moet goed en evenwichtig plaats kunnen vinden, en zo nodig tijdig worden bijgestuurd. Dit heeft tijd nodig; het gaat om een fundamentele omslag diep in de samenleving. Hierbij past een jaarlijkse landelijke monitor, die een aantal functies integreert. De monitoring gaat uiteindelijk over de uitkomsten op populatieniveau. Hierbij kan dus niet worden volstaan met onderzoek onder bij de gemeente en zorginstellingen bekende cliënten met een ondersteuningsbehoefte. Tijdens de transformatie kan ook monitoring op processen, organisatieverandering en samenwerking nodig zijn, zodat de hiervoor genoemde risico's worden voorkomen.

- Budgetten en overige randvoorwaarden

Om de transformatie vaart te geven, hebben partijen op korte termijn behoefte aan duidelijkheid over **budgetten** en andere **randvoorwaarden.** De budgetten hangen af van het macrobudget en de objectieve grondslag van het financieel verdeelmodel. Een goed model bevordert een gelijk speelveld voor gemeenten onderling en verkleint het risico van ongewenste verschillen. Het lijkt wenselijk om in dit model plaats in te ruimen voor informele sociale samenhang. De (on)beïnvloedbaarheid daarvan en de eventuele operationalisering kunnen worden gemonitord en onderzocht.

De overige randvoorwaarden voor succesvolle decentralisatie betreffen een gelijk speelveld in de verhouding gemeente en burger en de gemeente en zorgsector (verzekeraar en aanbieder).

Een gelijk speelveld voor gemeente en burger betekent dat de gemeente een redelijk beroep kan doen op eigen kracht en mantelzorg uit het netwerk van de burger, gegeven het aanbod van basisvoorzieningen. De burger kan noodzakelijke individuele ondersteuning zo nodig afdwingen, met voor de gemeente de vrijheid om die zoveel mogelijk een activerend karakter te geven. Het is wenselijk dat de burger wordt gestimuleerd om zich, ook financieel, goed voor te bereiden op het beroep op zijn eigen kracht, zoals eerder door de RVZ bepleit (advies Redzaam ouder). Het is goed om de (ethische) grenzen en mogelijkheden (do's en don't's) ten aanzien van prikkels voor mantelzorg nader in beeld te brengen en daarmee handvatten te bieden aan gemeenten en zorginstellingen, en wellicht ook voor rijksbeleid.

- Speelveld gemeente en zorgsector eerste lijn

Een gelijk speelveld voor gemeente en zorgsector houdt in dat gemeenten, eerstelijns zorg en langdurige intramurale zorg allen een gelijk gericht belang hebben bij het delen van relevante informatie, bij samenwerken aan integrale dienstverlening en bij afstemming bij de contractering ten behoeve van de meest kwetsbare thuiswonende burgers. Gezamenlijk optrekken van deze partijen bevordert ook het tijdig signaleren en preventief interveniëren ter voorkoming van kwetsbaarheid. Op veel plaatsen is deze samenwerking vanzelfsprekend, maar niet overal; het is lastiger in gebieden zonder dominante verzekeraar en/of zonder hechte samenwerking tussen/met kleinere gemeenten. Een optie is om bij de toedeling van de nieuwe middelen voor wijkverpleging en sociale wijkteams (samen € 250 miljoen) samenwerking als voorwaarde te stellen.

- Speelveld gemeente en langdurige intramurale zorg

Preventieve inspanningen van gemeente en Zvw (zorgverzekeraars en -aanbieders) kunnen helpen om doorstroming naar intramurale zorg uit te stellen of te voorkomen. De baten daarvan komen echter terecht in de AWBZ. Een optie is om gemeenten en zorg via de bekostiging te belonen voor beperking van de doorstroom naar de langdurige intramurale zorg. Een alternatieve optie is dat de mogelijkheid wordt geopend dat vanuit de langdurige intramurale zorg met gemeente en zorgverzekeraar wordt overlegd over en meebetaald aan specialistische ondersteuning waardoor geen indicatie voor intramurale zorg hoeft te worden aangevraagd.

Aanbevelingen

De decentralisaties in het sociale domein zijn brandstof voor een al langer lopende ontwikkeling waarin gemeenten, binnen de kaders van de gedecentraliseerde eenheidsstaat, steeds meer verantwoordelijkheid krijgen. De Raad deelt de noodzaak van deze ontwikkeling en ziet ook de relevantie van de visie op de gewenste transformatie (de Kanteling). Tegelijk is zorgvuldigheid geboden, want er zijn ook risico's. Zonder de pretentie veel nieuwe inzichten te kunnen toevoegen aan al het materiaal dat er al ligt beperkt de Raad zich tot een aantal gerichte aanbevelingen:

1) *Organiseer een integrale landelijke monitor die jaarlijks rapporteert over uitkomsten op populatieniveau en over de voortgang van de transformatie (kanteling) bij alle gemeenten.*

2) *Bevorder ondertussen de ontwikkeling van relevante competenties van gemeenten.*

3) Onderzoek en monitor de beïnvloedbaarheid en operationalisering van sociale samenhang en neem deze factor op in het financiële verdeelmodel voor gemeenten.

4) Verzoek het CEG om een rapportage en advies over de do's en don't's bij inspanningen van gemeenten en zorgaanbieders om vrijwilligerswerk en mantelzorg meer verplichtend te maken.

5) Bevorder een gelijk speelveld tussen gemeenten, eerstelijns zorg en AWBZ-zorg:
   a) ken de extra middelen voor wijkverpleging en sociale wijkteams (€250 miljoen) de eerste drie jaar als subsidie toe, op voorwaarde dat gemeente en eerstelijns zorg samenwerken. Pas daarna worden deze middelen toegevoegd aan de reguliere bekostiging (gemeentefonds; risicoverevening);
   b) beloon beperking van de instroom in de langdurige intramurale zorg via de bekostiging van gemeenten en zorg en/of
   c) maak mogelijk dat vanuit de toekomstige romp-AWBZ met gemeente en Zvw kan worden overlegd over en meebetaald aan ondersteuning die kosteneffectiever is dan AWBZ-zorg.


aaglanden

1 Inleiding

Sterkere gemeenten, meer decentralisatie

De verhouding tussen het Rijk en de gemeenten heeft de afgelopen decennia in het teken gestaan van versterking van het lokaal bestuur en decentralisatie. Het aantal gemeenten en parallel daarmee, het aantal en de omvang van specifieke, taakgebonden uitkeringen aan gemeenten is sterk teruggelopen.

Nu stevige impuls in sociale domein

In het sociale domein (welzijn, werk en inkomen) is de verantwoordelijkheid van gemeenten onder meer neergelegd in de Wmo. Met de invoering van de Wmo zijn voor het eerst ook verzekerde zorgaanspraken (huishoudelijke verzorging) overgeheveld naar de gemeenten. Die ontwikkeling zet door. Onder het vorige kabinet is het plan ontstaan om ook de functie begeleiding te decentraliseren. Het huidige kabinet heeft hiertoe wetgeving voorbereid en heeft tevens overwogen om de persoonlijke verzorging daarbij te betrekken. Voorts wordt een forse doelmatigheidskorting doorgevoerd, die gemeenten via de huishoudelijke hulp zouden kunnen realiseren.

Leidt dit tot een betere balans tussen publieke belangen?

Tegen deze achtergrond, en niet voor de eerste keer, is het onderwerp gemeenten, gezondheid en zorg in het werkprogramma van de RVZ opgenomen. Gemeenten hebben van oudsher een belangrijke rol op het gebied van volksgezondheid en welzijn, van gezondheidsbevordering en -bescherming, vergrijzing en sociaal-economische gezondheidsverschillen. De nauwe samenhang tussen deze onderwerpen en de zorg komt steeds meer naar voren; de RVZ is warm voorstander van een integrale aanpak. Hoewel de reikwijdte van de decentralisatie van de zorg beperkt is (hoofdzakelijk de functie begeleiding) ziet de Raad aanleiding om goed naar de kansen en risico's te kijken en randvoorwaarden voor een succesvolle transformatie te formuleren. In dit advies wil de Raad antwoord geven op de vraag of en hoe een betere balans tussen de publieke belangen kwaliteit, toegang en betaalbaarheid kan worden verkregen door verantwoordelijkheden bij de gemeente te beleggen. Met het antwoord op die vraag beoogt de Raad overigens niet al te kunnen of willen aangeven dat verdergaande decentralisatie van de langdurige zorg wenselijk en haalbaar zou zijn.

De huidige decentralisatieplannen staan in het teken van houdbare overheidsfinanciën en een houdbare samenleving. Burgers zullen verantwoordelijkheid, voor zichzelf en elkaar, over moeten nemen van instituties. In die kanteling zijn de gemeenten een onmisbare partner. De gemeente staat dicht bij de burger en is toegankelijk voor zijn problemen op het gebied van redzaamheid en participatie.

Dankzij zijn brede takenpakket kan de gemeente daarbij synergie, dus doelmatigheid, en maatwerk, dus kwaliteit, realiseren.

Gemeente heeft sterke troeven

Deze beweging heeft inmiddels een stroom aan onderzoek en publicaties opgeleverd, op grond waarvan kansen en risico's kunnen worden getaxeerd. De RVZ maakt daar dankbaar gebruik van om tot een aantal gerichte aanbevelingen rond de centrale vraagstelling te komen: of en hoe kan een betere balans tussen de publieke belangen kwaliteit, toegang en betaalbaarheid worden verkregen door verantwoordelijkheden bij de gemeente te beleggen. Concrete informatie over de decentralisatieplannen heeft de RVZ ontleend aan een openbare concept van het wetsvoorstel Wmo-2015 uit de zomer van 2013.

Leeswijzer

Dit advies gaat eerst kort in op (2) de beweegredenen voor de decentralisatie. In (3) worden perspectieven voor de cliënten, de burger, de zorgprofessionals en de gemeente zelf geschetst. De analyse in (4) biedt vervolgens aanknopingspunten voor oplossingsrichtingen (5). De aanbevelingen zijn opgenomen onder (6).



2 Beweegredenen voor de decentralisatie van de AWBZ

1 Een andere balans

Houdbaarheid stelsel…

Houdbare zorg staat al een paar jaar op de agenda. Hoe werken we aan gezondheid, zorg en welzijn, gegeven de ongekende kostenstijging van de collectieve zorg in het afgelopen decennium en met een perspectief van sterk stijgende vraag in de komende decennia? We hebben een van de hoogst gewaardeerde, maar ook een van de duurste zorgstelsels; de positie van de ouderen in ons land, gemeten in rechten en risico's van armoede en sociale uitsluiting, is eveneens zeer goed, vergeleken met andere landen. Het ligt dus in de rede om te zoeken naar een andere balans van kwaliteit, toegang en betaalbaarheid.

2 Decentralisatie als oplossing

…door decentralisatie

Het kabinet kiest voor decentralisatie naar gemeenten. Dat moet helpen om de zorguitgaven beheersbaar te maken, om met synergie en maatwerk de doelmatigheid van de dienstverlening te vergroten en om de kwaliteit er van te verbeteren.

Voorzieningen in plaats van verzekerde aanspraken

AWBZ wordt Wmo…

Decentralisatie betekent in de eerste plaats dat verzekerde aanspraken op zorg worden omgezet in gemeentelijke voorzieningen voor ondersteuning. De burger krijgt minder gemakkelijk toegang tot collectief gefinancierde dienstverlening en moet meer zelf gaan doen. Zonder toegang tot de verzekerde zorg (AWBZ) kunnen burgers een beroep doen op de gemeenten, die krachtens de Wmo burgers dienen te ondersteunen in hun zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. Een kracht van gemeenten is hun grote budgetdiscipline, doordat zij veel minder dan zorgverzekeraars met verzekerde aanspraken te maken hebben.

…met gerichte ondersteuning

In de visie van het kabinet faciliteert de gemeente de burger in de eerste plaats door te investeren in informele sociale samenhang en in algemene basisvoorzieningen, in plaats van dure individuele dienstverlening. Zo wordt ruimte gemaakt voor individueel gerichte ondersteuning van mensen die het echt nodig hebben en niet zelf kunnen betalen. Meer onderling in de familie en in de buurt oplossen, in plaats van terugvallen op formele zorg, past in die visie ook bij de veranderende vraag van een vergrijzende populatie patiënten

en cliënten, voor wie de kwaliteit van leven minder gaat afhangen van fysieke gezondheid; de vraag achter de vraag blijkt vaker te maken te hebben met redzaamheid en participatie.

Lokaal openbaar bestuur in plaats van zorgverzekeraars

Kwaliteiten lokaal bestuur…

Er is nog een ander motief voor de decentralisatie. Bij de eerdere overheveling van huishoudelijke verzorging naar de gemeenten is gebleken dat gemeenten vergelijkbare diensten doelmatiger kunnen leveren door scherp te onderhandelen over de prijs en scherp te indiceren. Dit heeft alles te maken met de andere set bestuurlijke en financiële prikkels voor gemeenten, vergeleken met de zorgverzekeraars.

… andere prikkels…

Gemeenten beschikken over andere kwaliteiten dan zorgverzekeraars. Waar die laatste sterk zijn in het organiseren en toegankelijk maken van complexe zorg van goede kwaliteit op de juiste schaal, is de kracht van de gemeenten een breed en divers gevulde gereedschapskist waarmee synergie tussen verschillende regelingen kan worden bereikt en voor burgers maatwerk kan worden gerealiseerd.

…ander gereedschap

Tegelijk hebben zij een directer contact met de burger, waarbij de lokale democratie en de burgervertegenwoordiging in Wmo-raden e.d. ervoor kunnen zorgen dat de balans niet teveel doorslaat in de richting van verschraling en toegangsbeperking.

Het kabinet wijst er ook op dat gemeenten inmiddels zijn begonnen met een veelbelovende innovatieve uitvoeringspraktijk, de Kanteling. Ontzorging en beroep op eigen kracht en de civil society staan hierin centraal. Op die manier zou de gemeente het sociale domein in de komende decennia een ander aanzien moeten kunnen geven.


EEN MOOIER UITZICHT

3 Het perspectief voor burgers, gemeenten, professionals en de zorgsector

Kanteling in werkwijze…

…vergt cultuuromslag en leerproces.

Bij de decentralisatie van de huishoudelijke verzorging konden gemeenten er nog voor kiezen om diensten te blijven verlenen volgens het model van de AWBZ, namelijk uren dienstverlening op basis van een indicatiestelling. Maar als over enkele jaren de opgave en financiële risico's van gemeenten aanmerkelijk groter zijn worden en, bijvoorbeeld, het budget voor de huishoudelijke hulp met 40% is verlaagd zal deze werkwijze echt veranderd moeten zijn. Daarvoor zijn nieuwe, aanvullende oplossingsrichtingen nodig. Dat zal een leerproces en een cultuuromslag in het hele sociale domein vergen die gemeenten zelf maar ook huidige en toekomstige cliënten, vrijwilligers, mantelzorgers, professionals en hun organisaties onder grote budgettaire druk moeten maken[1].

Deze nieuwe oplossingen zullen inhouden dat mensen, binnen hun mogelijkheden, meer verantwoordelijkheid nemen voor de eigen redzaamheid en die van anderen in hun omgeving; dat zal in contacten met de burger ook het uitgangspunt zijn van de gemeente en de organisaties die door hem worden gecontracteerd. De formele ondersteuning wordt beperkt tot waar die echt nodig is. De VNG heeft in dit verband een aansprekende visie ontwikkeld die op dit moment al op veel plaatsen in praktijk wordt gebracht. De kern daarvan is de Kanteling van denken vanuit zorg- en dienstverlening naar denken vanuit eigen kracht van de cliënt.

De VNG startte de Kanteling in 2009, als pilot in een paar gemeenten, als model voor doorontwikkeling van de Wmo-praktijk van zorg ➟ participatie, van claim op voorzieningen ➟ resultaten en van protocollering ➟ maatwerk. Het SCP onderscheidt de smalle kanteling en de brede kanteling. De smalle kanteling betreft de toegeleiding naar ondersteuning. Centraal hierin staat "het keukentafelgesprek" over "de vraag achter de vraag", de oplossing voor die vraag en de eventuele tegenprestatie. Die oplossing wordt gevonden via de verantwoordelijkheidsladder die begint bij preventie en eigen kracht, en via sociaal netwerk en algemene voorzieningen doorloopt naar individuele voorzieningen. De brede kanteling betreft de ontwikkeling van algemene of collectieve voorzieningen waardoor het beroep op individuele voorzieningen zal afnemen.

Het SCP constateert dat een gekantelde denk- en werkwijze medio 2012 (nog) geen gemeengoed is; een omslag in denken en werken zoals de kanteling die beoogt heeft veel tijd nodig. Ook de Benchmark WMO 2013 (BMC) geeft aan dat een 43% van een steekproef gemeenten nog aan het begin van de kanteling staat.

Het is evident dat een transformatieproces als de Kanteling een grote uitdaging is. Het is een proces van ontzorgen en verleggen van verantwoordelijkheden naar de burger zelf; die moet minder afhankelijk worden van collectieve oplossingen, zelf oplossingen bedenken en liefst zijn redzaamheid zo lang mogelijk behouden.

Nog veel vragen…

De kanteling betekent een forse opgave voor velen. Niet iedereen zal dat makkelijk afgaan, en dit kent ook zijn grenzen wanneer fysieke of mentale gezondheidsproblemen te zeer het functioneren gaan belemmeren. In het overgangstraject moet er rekening mee worden gehouden dat sommige burgers bij een te hoog tempo van de transformatie in de problemen zullen raken; bij een te laag tempo zal de transformatie wellicht niet volledig wordt doorgezet. De implementatie van de Kanteling roept dus nog veel vragen op.

1 Welke burgers hebben de ondersteuning echt nodig en hoe komen die na de transformatie nog in beeld?

Hoe komen kwetsbare burgers in beeld?

Hoe wordt bepaald wie formele ondersteuning echt nodig heeft en hoe komen die mensen bij de gemeente in beeld? En wat betekent dit voor de andere burgers, die worden geacht zelf hun ondersteuningsvragen op te lossen? Welke burgers lopen het meest risico dat ze over het hoofd worden gezien?

Basisvoorzieningen

De Wmo staat in beginsel open voor alle burgers met een beperkingen bij hun zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie; miljoenen Nederlanders ervaren die bij dagelijkse dingen als een gesprek voeren, de krant lezen, eten, drinken en wassen; in de komende

decennia zal hun aantal door de vergrijzing oplopen. Niet alle deze mensen wenden zich echter tot de gemeente voor individuele ondersteuning. In het gunstige geval omdat ze zelf oplossingen bedenken of omdat ze genoeg hebben aan de beschikbare algemene basisvoorzieningen.

Algemene voorzieningen voor ondersteuning (Benchmark Wmo 2013; BMC)	
- maaltijdservice aan huis	(98%*)
- maaltijdservice op gezamenlijke locatie	(94%)
- klussendienst	(98%)
- wasserette	(34%)
- sociale alarmering	(93%)
- boodschappendienst	(93%)
- dagbesteding	(94%)
- wijkbus	(54%)
- kortingspas voor activiteiten	(31%)

* percentage uit de steekproef (N=107) waar deze voorzieningen in 2012 beschikbaar waren. NB: deze voorzieningen worden door zowel gemeenten als particulier initiatief tot stand gebracht.

Vraagverlegenheid

In het ongunstige geval betreft het burgers die zich niet van hun hulpvraag bewust zijn, de mogelijkheden niet kennen of geen hulp willen of durven vragen (vraagverlegenheid). Deze mensen zijn niet in beeld; de omvang van de groep is dus niet bekend.

Huidige cliënten van individuele ondersteuning

Wel in beeld zijn de 400.000 mensen die elk jaar de gemeente vragen om ondersteuning in de vorm van een individuele voorziening. In de meeste gevallen hebben deze mensen een motorische beperking, maar ook mensen met psychische, psychosociale of verstandelijke beperkingen doen een aanvraag. Deze mensen zijn in het algemeen kwetsbaar, meestal op leeftijd, vaak alleenstaand, wonend in de grote stad en laag opgeleid. Hun beroep op zorg en ondersteuning heeft te maken met een afnemende gezondheid maar ook met verlies van partner, kleiner worden van het netwerk of verhuizing. In het algemeen is gebrek aan mondigheid (vraagverlegenheid) niet bevorderlijk voor het verkrijgen van de nodige ondersteuning. In de komende decennia, met een versnelling vanaf 2020, leidt de vergrijzing tot een groei van de groep kwetsbare ouderen.

Nieuwe cliënten

Met de decentralisatie van de begeleiding per 2015 komt een nieuwe groep cliënten met een professionele ondersteuningsvraag naar de gemeente toe. Een aandachtspunt voor gemeenten is dat de nieuwe cliënten een ander profiel hebben en een andere vraag. Ze zijn voor de kwaliteit van hun leven meer afhankelijk van voorzieningen die ze minder goed zelf kunnen organiseren; zoals de achtergrondstudie van Movisie en eerdere rapporten (HHM; CIZ)

indringend laten zien, zijn hun netwerk en sociale vaardigheden meestal niet groot. Collectieve arrangementen kunnen mank gaan aan bewuste of onbewuste risicoselectie, met als gevolg dat groepen burgers systematisch minder goed aan hun trekken komen. Vooral weinig mondige en moeilijk handelbare mensen en mensen met een klein netwerk lijken niet altijd de noodzakelijke hulp te krijgen[2].

Wie lopen risico's?

Voorbeelden hiervan zijn te vinden in de maatschappelijke opvang van mensen met een psycho-sociale beperking, zoals daklozen (tot 2009 was er de mogelijkheid van een AWBZ-indicatiebesluit op psychosociale grondslag). Het is niet onwaarschijnlijk dat ook cliënten met andere beperkingen, en hun mantelzorgers, met beperkte sociale vaardigheden, vraagverlegenheid of een klein netwerk het risico lopen om buiten beeld te blijven, zodat extra zorgvuldigheid geboden is.

2 Hoe komen mensen bij de gemeente in beeld?

Formele en informele organisatie

Een aantal grotere gemeenten werkt aan de ontwikkeling van een organisatiemodel voor de maatschappelijke ondersteuning dat er op gericht is om iedereen in beeld te krijgen. Dit model is opgebouwd uit een informele nulde lijn en een professionele, gebiedsgerichte eerste lijn.

Nulde lijn…

In dit model wordt de informele nulde lijn gevormd door de bewoners van de buurt of wijk. De mensen kennen of weten van elkaar. Ze houden een oogje in het zeil en helpen elkaar een handje. Hier kan ook een vrijwillige buurtorganisatie ontstaan die algemene voorzieningen onderhoudt. Zo nodig investeert de gemeente daar ook in. De nulde lijn heeft op deze manier een preventieve functie; er kan met weinig professionele inzet veel redzaamheid worden gewonnen.

Dit model is een ontwikkelingsrichting, maar dekt niet overal de realiteit.

- In stadswijken met een cultureel heterogene bevolking kan het lastig zijn om uit directe leefomgeving sociaal kapitaal op te bouwen, en daar beroep op te doen;
- Hetzelfde doet zich voor in wijken waar vooral hoogopgeleiden mobiel zijn in werk en wonen.
- In wijken waar de sociale cohesie relatief laag is en de cultuur anoniem, is er minder sociale controle. Dit wordt versterkt door de individualisering van de samenleving en het wegvallen van hechte familie- en kerkelijke verbanden. Dit heeft gevolgen voor de veiligheid van kwetsbare mensen die bijvoorbeeld vaker het slachtoffer kunnen worden van babbeltrucs en bij wie gezondheidsproblemen niet tijdig worden onderkend.

In dergelijke omstandigheden zijn er extra risico's voor kwetsbare mensen.

… en eerste lijn van ondersteuning

De eerste lijn is het contactpunt tussen burger en gemeente. Een geavanceerde organisatievorm is het gebiedsgericht sociale wijkteam. Dit SWT is aanspreekbaar voor mensen met een individuele ondersteuningsvraag en signaleert ook latente vraag, door contacten in het gebied. Zo komen (en blijven) zoveel mogelijk, mensen in beeld.

Het Sociaal Wijk Team SWT

In een SWT werken professionals vanuit diverse disciplines (maatschappelijk werker, leefstijl, opvoeding, financiën) samen. Ze zijn een eerste lijn; aanspreekbaar voor de wijkbewoners, signalerend met hulp van een netwerk (politie, huisarts, woningbouw, informele contactpersonen), interveniërend, adviserend en zo nodig doorschakelend naar individuele ondersteuning. De samenstelling en de opdracht van het team hangen af van omvang en zwaarte van de wijk. Maatschappelijke ondersteuning kan bijvoorbeeld met Jeugd in aparte teams maar ook in één team worden ondergebracht.

Principes voor de inrichting van het SWT volgens de VNG:
- één huishouden, één plan, één hulpverlener;
- een nieuwe professional: de integrale sociaal werker;
- zo veel mogelijk regelruimte voor de SWT's;
- rol van de gemeente: optimaal faciliteren en scherp sturen;
- bekostiging van de SWT's op basis van resultaat voor de populatie.

Het SWT is de spil in een systeem dat aan de ene kant verbonden is met een nulde lijn van basisvoorzieningen en informele ondersteuning door vrijwilligers en mantelzorgers en aan de andere kant met een tweede lijnsaanbod van gespecialiseerde professionele ondersteuning voor specifieke groepen zoals visueel gehandicapten of mensen met niet-aangeboren hersenletsel.

Privacy

Vraagverlegenheid kan voortkomen uit de wens om de eigen privacy te beschermen door niet alle relevante informatie (over schulden, verstoorde relaties, opvoedingsproblemen) uit eigen beweging op tafel te leggen. Met een integrale koppeling van informatiestromen zou de signalering van dergelijke latente ondersteuningsvraag kunnen worden verbeterd. Algemeen geaccepteerde uitgangspunten hierbij zijn dat gegevens alleen met toestemming van betrokkene worden verwerkt, dat met gevoelige gegevens extra zorgvuldig wordt omgegaan en dat betrokkene het recht heeft te weten welke gegevens staan geregistreerd en wat daarmee gebeurt. Betrokkenen zullen door het toestemmingsvereiste ook zelf een afweging moeten maken hoeveel hun privacy hen, in termen van kwaliteit van dienstverlening, waard is. Een outreachend professioneel aanspreekpunt dicht bij de mensen, zoals in de vorm van een SWT, kan hen daarbij helpen.

3 Blijft de ondersteuning betaalbaar voor de burger?

Tot 130% sociaal minimum beperkte eigen betaling

De toegankelijkheid van de ondersteuning hangt ook af van het prijskaartje. In de huidige situatie, en vermoedelijk ook na de wijziging van de Wmo, zijn algemene voorzieningen gratis of kennen een inkomensonafhankelijke bijdrage die hoogstens kostendekkend mag zijn (gemeenten kunnen wel kortingsregelingen voor lage inkomens toepassen). Dit staat betaalbaarheid niet in de weg omdat de gebruiker door gebruik van deze voorzieningen in het algemeen op andere uitgaven bespaart. Voor de bijdrage voor individuele ondersteuning tellen ook inkomen en vermogen van de cliënt mee. De wetgever heeft de huidige maximale eigen bijdrage voor Wmo en AWBZ samen vastgesteld op € 240 per jaar voor inkomens tot 130% van het sociaal minimum (8% van het box 3-vermogen wordt als inkomen meegeteld); daarboven loopt dit maximum op met een marginaal tarief van 15% over het bruto-inkomen. De effectieve eigen bijdrage voor mensen met een chronische aandoening is lager als gevolg van de WTCG-korting van 33%. Voor mensen met een hoog inkomen lijkt het aanvragen van ondersteuning niettemin financieel nauwelijks aantrekkelijk omdat zij de kosten vaak helemaal zelf betalen. Een aantal gemeenten biedt mensen met een inkomen tot 130% van het sociaal minimum collectieve zorgpolissen aan met een aanvullend polis die ook de eigen bijdrage voor individuele Wmo-voorzieningen dekt. Uit de evaluatie door het SCP blijkt dat sommige gemeenten eigen betalingen toepassen als instrument om de begroting sluitend te krijgen. Dit kan in theorie tot gevolg hebben dat sommige mensen hierdoor minder individuele voorzieningen zullen aanvragen dan ze eigenlijk nodig hebben (dit blijkt ook voor te komen). Gezien de wettelijke regeling is dit risico heel klein voor mensen met een laag inkomen.

Eigen betaling prikkelt eigen kracht

Ook moet worden meegewogen dat eigen betalingen een effectieve prikkel zijn om op eigen kracht oplossingen te vinden.

4 Het perspectief voor mensen die zich onbetaald, vrijwillig inzetten

Nederland vrijwilligerskampioen

Er zijn veel mensen van alle leeftijden die zich vrijwillig willen inzetten voor familie of buren, voor sociale samenhang en behoud van voorzieningen; vrijwilligerswerk is ook een belangrijke vorm van participatie voor de vrijwilliger zelf. Dit levert een zeer divers beeld op. In totaal telt ons land 5,5 miljoen vrijwilligers, waarvan 450.000 in zorg en ondersteuning[3]. Eurostat meet dat meer dan de helft van de gepensioneerden als vrijwilliger heeft gewerkt; bijna een kwart van de bevolking tussen de 50 en de 75 jaar levert, als vrijwilliger of mantelzorger, informele zorg. Vergeleken met andere Europese landen zijn dit zeer hoge getallen[4]. Ook cliënten van zorg en ondersteuning zijn regelmatig tevens vrijwilliger[5]. Met de stijging van het aantal gepensioneerden door de vergrijzing zal in de komende decennia ook het potentieel aan vrijwilligers toenemen.

Winnaars van de Vrijwilligersprijzen 2013

Netwerk Dien je Stad uit Ede won in de categorie ‘Lokale vrijwilligersprojecten’, omdat ruim 1000 jongeren zich daar actief inzetten voor mensen die zelf een beperkt netwerk hebben en hulp en ondersteuning kunnen gebruiken. In de categorie ‘Landelijke en regionale vrijwilligersorganisaties’ koos de jury voor Stichting Exploitatie Meekenesch uit Lichtenvoorde, die met een groep van 70 vrijwilligers en 2 betaalde krachten na een dreigende sluiting succesvol het regionale zwembad runt. De prijs in de categorie ‘Bedrijven’ ging naar het IT-consultancybedrijf Accenture uit Amsterdam, dat met het programma Skills to Succeed wereldwijd 500.000 mensen economisch zelfstandig wil maken. In de categorie ‘Gemeenten’ won de gemeente Hoogeveen, dat onder meer via De Smederijen burgers invloed en budget geeft om de leefbaarheid in hun eigen omgeving te verbeteren.

Ontwikkeling mantelzorg

Beroep op, of verplichting tot informele ondersteuning?

Mantelzorgers leveren zorg en ondersteuning op basis van de sociale relatie met degene die hulp nodig heeft; dit is vaker een vanzelfsprekendheid dan een bewuste keuze. 2,6 miljoen mantelzorgers doen dit langdurig en/of intensief; enige honderdduizenden voelen zich overbelast[6]. Een factor die het toekomstige aanbod van mantelzorg in de weg kan gaan staan is de toenemende arbeidsparticipatie die nodig is door de krimpende arbeidsmarkt. Aan de andere

kant stijgt het aantal ouderen (65+) dat mantelzorg kan leveren. Per saldo verwacht het SCP dat het aanbod in absolute aantallen bij ongewijzigd beleid ongeveer gelijke tred zal houden met de vraag. De Kanteling voorziet echter wel in een wijziging, zij het niet in de vorm van een afdwingbare verplichting. De nieuwe Wmo voorziet in een nadrukkelijk beroep op de sociale omgeving van cliënten die een aanvraag voor een individuele voorziening willen indienen. Ook in de zorg tekent dit zich af, waarbij een dergelijk beroep wordt gemotiveerd door te wijzen op het effect van mantelzorg op de kwaliteit van het leven van de cliënt. Het kabinet streeft naar behoud en uitbreiding van het aanbod van mantelzorg door in te zetten op versterking van de competenties van mantelzorgers, door hun taak te verlichten via ondersteuning (respijtzorg) door vrijwilligers en door de verbinding tussen mantelzorg en professionele zorg te verstevigen.

Ook beroep vanuit de zorg

Naarmate in de komende decennia de beschikbaarheid van formele professionele inzet terugloopt, zal de rol van vrijwilligers, vermoedelijk vooral de jong gepensioneerden, in de ondersteuning en zorg gaan toenemen. De gekantelde gemeente of de informele wijk- of dorpsorganisatie, zal vrijwilligers in toenemende mate vragen om bijvoorbeeld in de vorm van een gestructureerde inzet op basis van een werkrooster mee te doen. Ze zullen zich daarvoor wellicht op punten moeten bekwamen en bijvoorbeeld moeten trainen om tijdig om professionele interventie te kunnen vragen. Een bijzondere vorm van vrijwilligerswerk is de tegenprestatie van een cliënt van ondersteuning of bijstand vanuit hun expertise leveren. Hier ligt een duidelijk ontwikkelingspotentieel. Vrijwilligers krijgen wellicht ook meer te maken met de vraag van zorgaanbieders in de toekomstige Zvw-thuiszorg en langdurige intramurale zorg (romp-AWBZ). Het is interessant dat hier twee rollen tot ontwikkeling kunnen komen: de zorgende vrijwilliger, die de professional in de thuiszorg of intramurale instelling helpt, en de ontzorgende vrijwilliger die in informele settings bijdraagt aan de sociale structuur en redzaamheid.

5 Is de gemeente wel voldoende toegerust om met hun grotere verantwoordelijkheid alle burgers op de been te houden?

Positieve evaluatie, veel potentieel

De vraag of gemeenten voldoende zijn toegerust voor hun huidige verantwoordelijkheden kan volgens de Raad op dit moment, op basis van bevindingen van het SCP, met ja worden beantwoord. Of dit in de toekomst, bij verdergaande decentralisatie, zo zal blijven hangt van een groot aantal factoren en randvoorwaarden, en niet in het minst ook van de gemeenten zelf af. Met de ontwikkeling van integraal beleid en een gekantelde relatie met de burger

hebben gemeenten een goede uitgangspositie om de opgaven van de decentralisatie tot een goed einde te brengen. De potentie van kanteling, synergie en maatwerk zijn al genoemd. Andere voorbeelden liggen onder andere op het gebied van preventie en uitvoeringskosten.

Preventie

Ondersteuning biedt kans op preventie

Een kans van de Kanteling is dat een beweging naar voren, richting preventie wordt gemaakt. De ondersteuning wordt dan zo ingericht dat beroep op dure individuele ondersteuning, Zvw-thuiszorg of langdurige intramurale zorg wordt uit/ of afgesteld. Wijkgericht gezondheidsbeleid heeft laten zien dat met een gezamenlijke inspanning van private initiatieven, onderwijs, GGD en de zorg resultaten en kostenbesparing worden geboekt[7]. Weliswaar gaat het in de ondersteuning om andere specifieke doelgroepen (ouderen, kwetsbaren) maar van deze aanpak kan worden geleerd. Ook in de gezondheidsbevordering staat namelijk eigen kracht centraal. Het SCP heeft in kaart gebracht dat "zorgpaden" van ouderen vaak uitlopen op ondersteuning en langdurige zorg; het RIVM schetst de mogelijkheden om gezonder ouder te worden.

> Momenteel heeft de Erkenningscommisie Interventies zes interventies beoordeeld. Hiervan zijn twee depressie-interventies erkend als 'bewezen effectief' in het verminderen van depressieve klachten bij 55-plussers, namelijk 'In de put, uit de put' en 'Kleur je leven'. De interventie 'Zicht op evenwicht' is erkend als waarschijnlijk effectief in het verminderen van vallen. Drie andere valpreventie-interventies zijn erkend als 'theoretisch goed onderbouwd'. Dit betekent dat de opzet van de interventie zodanig is onderbouwd dat het aannemelijk is dat de interventie positieve effecten bij de doelgroep bewerkstelligt.

Bron: Gezond ouder worden in Nederland (RIVM 2013)

Beheerskosten

Goedkoop is duurkoop?

Er wordt gesteld dat gemeenten in financiële problemen zullen komen door de veel hogere beheerskosten (zorginkoop en administratie) dan thans bij de zorgkantoren (0,6%). Maar goedkoop is soms ook duurkoop. Gemeenten kunnen met investeringen in de kanteling en in de inkoopfunctie (zoals bekostiging van wijkteams op gewenste uitkomsten) veel besparen op de grote geldstroom (minder kosten van formele dienstverlening, meer redzaamheid, ontwikkeling van algemene voorzieningen, inzet van informele ondersteuning).

6 Welke verschillen in dienstverlening tussen gemeenten kunnen ontstaan?

Grote verschillen in structuur en cultuur…

Het onderzoek dat in opdracht van de Raad door Regioplan is uitgevoerd, geeft inzicht in de vorderingen van een aantal gemeenten die al stappen hebben gezet in de kanteling. Er is een groot verschil tussen het ene uiterste van de grote randstadgemeente en het andere uiterste van de afgelegen plattelands- of waddengemeente. De een heeft inkoopmacht en een sterk bestuurs- en ambtelijk apparaat; de ander heeft een sterke sociale structuur op basis van langdurige horizontale verbanden tussen burgers die elkaar kennen. Elke gemeente zal de ondersteuning anders organiseren, afhankelijk van de beschikbare middelen en de lokale cultuur. Maar de uitkomst moet hetzelfde zijn: zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie.

…gewenste verschillen in beleid

De bevindingen van bovengenoemd onderzoek van Regioplan zijn dat de onderzochte gemeenten de lokale structuur en cultuur sterk laten meewegen bij de vormgeving van hun beleid. Hier is sprake van gewenste verschillen.

Kleine gemeenten moeten schaal opzoeken

Sommige taken, zoals specialistische ondersteuning en ook de samenwerking met de zorgverzekeraar vergen een schaal die kleine gemeenten overstijgt. Het is belangrijk dat in die situatie gemeenten hun inkooppositie en doelmatigheid via onderlinge samenwerking versterken. Dat is geen eenvoudige opdracht omdat van gemeenten ook maatwerk wordt verwacht en het ondersteuningsbeleid veel aandacht krijgt in de lokale democratie. Ook de incongruentie van de vele gebiedsindelingen, bijvoorbeeld GGD/Veiligheids-regio, Wmo-regio en Zorgkantoorregio, is niet bevorderlijk (regio-atlas BZK). Gemeenten die niet aan die samenwerking meedoen terwijl die wel gewenst is, zullen niet het gewenste niveau van ondersteuning kunnen realiseren.

Verschil in sociale structuur meewegen bij verdelingsmiddelen

Een tweede oorzaak van ongewenste verschillen kan zijn dat de centrale financiële middelen niet goed over de gemeenten worden verdeeld. De verdeling sluit dan niet goed aan bij omstandigheden waar de gemeente weinig of geen grip op heeft. Een voorbeeld van een lastig te beïnvloeden omstandigheid is wellicht de sociale structuur; Regioplan geeft aan dat hier een belangrijke opgave licht voor alle onderzochte gemeenten en nog wel het meest voor de grote steden. Hier doet zich de moeilijkheid voor dat de sociale structuur een steeds groter gewicht krijgt bij een uitdijend sociaal domein en zich in de loop van de kanteling ook onvoorspelbaar kan ontwikkelen. Op dit punt is nog niet veel ervaring opgedaan.

Het CPB noemt een mogelijkheid van ongewenste gelijkheid. Die zou zich voor kunnen doen bij voorzieningen, zoals maatschappelij-

ke ondersteuning, waar niveau en kwaliteit niet strak omschreven en moeilijk meetbaar zijn. Het houdt in dat op de langere duur gemeenten met een hoog voorzieningenniveau gedwongen worden zich aan te passen aan het gemiddelde lagere niveau; een dergelijke beleidsconcurrentie zou kunnen leiden tot een race to the bottom). Van dergelijke concurrentie is in de evaluaties van de Wmo nog niet gebleken.

7 Wat zijn de gevolgen van transformatie voor de professional en zijn organisatie?

Onzekerheden voor professional

De vele beleidsontwikkelingen in ondersteuning en zorg gedurende de afgelopen 10 jaar zijn niet ongemerkt voorbijgegaan aan de mensen met een betaalde baan. Er zijn transformatieprocessen op gang gekomen die rechtstreeks de aard van het werk bij private organisaties en bij de gemeente raken en die vragen om nieuwe competenties. Baan- en inkomenszekerheid nemen af. Door rationalisering van de bedrijfsvoering blijft minder tijd over voor het sociale contact tussen cliënt en professional.

Tegenstrijdige belangen dienen

Nu wordt opnieuw veel van het oordeelsvermogen, vaardigheden en inzet van de professional gevraagd. Hij zal een voortrekkersrol bij de kanteling gaan vervullen; dat is namelijk waarvoor de gemeente zijn werkgever zal contracteren. Dit zal ook de komende jaren marktdynamiek en onzekerheid blijven veroorzaken. Omgaan met tegenstrijdige belangen, namelijk ontzorgen in plaats van te zorgen en cliënt en informele zorger daarin te begeleiden en taken aan hen over te dragen; anderzijds om individuele ondersteuning (advies, begeleiding, opvang, hulp bij het huishouden) te blijven bieden aan mensen die dat nodig hebben; waar mogelijk gericht op activering van informele steun en herstel van redzaamheid. Ze moeten benaderbaar zijn en outreachend naar de burger en beschikken over netwerken om latente vraag naar noodzakelijke ondersteuning op het spoor te komen.

Professionele competenties in de praktijk

Vier bewoners van het woonzorgcentrum zullen een staaroperatie ondergaan. De wijkverpleger organiseert dat alle vier op dezelfde dag worden geholpen. Daarna moeten de ogen gedurende een week dagelijks worden gedruppeld. Hij instrueert de vier patiënten hoe ze dit bij elkaar kunnen doen zodat in totaal 28 uur thuisverpleging informeel wordt opgelost.

Competenties in communicatie en samenwerking

Dit vraagt om specialisten met generalistische competenties zoals open gespreksvoering en communicatieve vaardigheden, zoals dialoogsturing en vraagverheldering, en ook het met creativiteit breed oplossen van de hulpvraag en leggen van verbindingen daarvoor.

De nieuwe competenties zijn nodig in de relatie tussen professionals onderling, in de relatie met de cliënt en in relatie met informele hulp (mantelzorg, vrijwilliger). Professionals onderling kunnen in het belang van de cliënt samenwerken en hiërarchie en eigen domeinen daar aan ondergeschikt kunnen maken. Ook in de relatie met vrijwilliger en mantelzorger zal die samenwerkingsgedachte post vatten. In de relatie met de cliënt kan het open gesprek worden gevoerd over "wat is uw vraag, wat kunt u zelf en wat kan ik doen om u daarin te ondersteunen?".

Toekomst biedt kansen

Deze ontwikkelingen kosten moeite, energie en investering van iedereen; maar ze zijn onvermijdelijk. De andere kant is dat zorg, ondersteuning en persoonlijke dienstverlening een grote toekomst hebben. Vergrijzing, nieuwe technologie en schaarste op de arbeidsmarkt zijn op langere termijn ook een kans. Als we ten minste de publieke belangen goed weten te organiseren.

Investeren…

Professionele organisaties (aanbieders) en gemeenten zullen zich moeten aanpassen en moeten investeren in de competenties van medewerkers, op het gebied van gesprekstechniek, activering en ontzorging (het tegenovergestelde van zorgen). Samenwerken wordt eveneens een cruciale competentie, over grenzen en schotten heen met andere professionals en thuis bij de cliënt met mantelzorgers en vrijwilligers.

… en samenwerken

De professionele organisaties zullen vaak niet alleen voor gemeenten werken maar ook contracten sluiten met zorgverzekeraars, met grote overlap tussen de cliëntenpopulaties. Deze overlap tussen ondersteuning en zorg biedt kansen voor synergie, doelmatigheid en kwaliteit, maar dit vergt een inspanning van alle partijen, verzekeraars, aanbieders, grote en kleine gemeenten. Zal die ook tot stand komen, en onder welke voorwaarden?

Coalitie met de zorg?

Samenwerking in belang van cliënt…

De samenwerking tussen gemeente en de zorg, met de zorgverzekeraar als financierende en regisserende partij, is om een aantal redenen van belang. Veel cliënten ontvangen zowel ondersteuning als zorg. Zij hebben recht op goede afstemming, zonder last van schotten, domeinstrijd en ingewikkelde regelgeving. De afstemming betreft operationele zaken die worden vastgelegd in een integraal plan voor thuiszorg en ondersteuning. Dit gaat om meer dan hulp bij het huishouden, vervoer en woningaanpassing; ook veel individuele begeleiding, respijtzorg en allerlei services berusten op vrijwilligerswerk. Bij de uitvoering van dit plan zal continu moeten worden samengewerkt en informatie worden uitgewisseld. Het is van groot belang dat formele, professionele hulp en informele hulp dit op basis van gelijkwaardigheid realiseren. De zorginkoop is een moment waarop de beide regisseurs (gemeente en verzekeraar) zich met elkaar over de afstemming en samenwerking moeten verstaan.

… schotten en afwenteling…

Een tweede belang van samenwerking vloeit voort uit het zorgpad dat veel mensen volgen en dat begint met ondersteuning en wordt vervolgd in de langdurige zorg. Een ander pad is dat van verlies van baan naar langdurige werkloosheid. Ondersteuning en zorg gericht op het tijdig ombuigen van dergelijke paden lijkt op preventie: het is een investering aan de voorkant, door de gemeente en de eerstelijns Zvw-zorg die baten genereert in de tweedelijnszorg en de langdurige zorg. Dit is het gevolg van bijvoorbeeld meer informele steun en minder eenzaamheid. Om het volle rendement van deze relatie te realiseren is afstemming en een goede verdeling van kosten en baten belangrijk.

…verschillen overbruggen

Een derde belang van samenwerking heeft te maken met het overbruggen van de verschillen in governance en financiering tussen gemeente en zorgverzekeraar.

De relatie met de zorgverzekeraar verschilt per gemeente. Soms is die van oudsher goed, maar soms is het ook lastig om tot afspraken te komen, om, zoals verzekeraar VGZ het uitdrukt, “de bolwerken van zorg en ondersteuning om te vormen tot netwerken”.

Coöperatie VGZ, het Zorgkantoor Noordoost-Brabant van VGZ en de gemeente 's-Hertogenbosch sluiten convenant Wijknetwerk

Bovengenoemde partijen gaan op diverse gebieden samenwerken met het maatschappelijk werk, welzijnswerk (MEE), welzijnsinstellingen, thuiszorg en de huisartsen. Met elkaar gaan zij het wijkteam 'Helftheuvel' opzetten. Dit wijkteam bestaat uit professionals die bij de kwetsbare inwoners van 's-Hertogenbosch gaat doen wat nodig is, niet meer en niet minder. In alles werken zij vanuit de behoeften van de klant. Ook initiatieven van de inwoners zelf zijn hierbij belangrijk en dat gaat het wijkteam ook stimuleren en faciliteren.

Bron: Zorginkoopgids AWBZ 2014 van ZN

Overleg praktisch vorm geven

De goede relatie komt niet zomaar tot stand. Verzekeraars vinden het lastig om met 400 gemeenten zaken te moeten doen, op een terrein dat ze misschien ook wel een beetje als het hunne beschouwen. Gemeenten willen graag de nieuwe taken, maar moeten zich nog waarmaken. Het zou helpen wanneer gemeenten samenwerkingsverbanden aangaan (gemeenschappelijke regelingen) die vanuit een mandaat slagvaardig afspraken met de verzekeraar kunnen maken.


Gezondheidscentrum
Waterlinie


Begane grond
• Apotheek
• Jeugdzorg
• Kinderfysiotherapie
• Thuiszorgnet
• Diëtetiek
• Algemene fysiotherapie
• Logopedie
• Jeugdriagg
• Vita Welzijn en Advies
• Mathot
• Brijder stichting
• Beter Horen
• Sijbrants & van Olst


Eerste verdieping
• Huisartsenpraktijken De Waver
• Amstelring
• Ziekenhuis Amstelland Poliklinieken
• Verloskundige praktijk Uithoorn


Tweede verdieping
• Huisartsenpraktijken De Drecht
• Huisartsenpraktijken De Amstel

4 Wat zijn nu de belangrijkste kansen en risico's van de decentralisatie?

Evaluatie positief

Eerst de huidige stand. De 4-jaarlijkse evaluatierapporten van het SCP over de werking van de Wmo zijn over het geheel genomen positief van toon. Mensen die individuele voorzieningen ontvangen zijn tevreden en hebben ook baat bij de ondersteuning; vooral in hun redzaamheid, maar minder in hun participatie. Dit blijkt ook uit internationale vergelijkingen.

Kanteling nog niet overal

De toekomst is nog betrekkelijk blanco. De Kanteling in de Wmo heeft nog niet overal echt doorgezet; gemeenten verschillen nog in ambitie en ontwikkelingsfase. Dat wekt geen verbazing, omdat de urgentie van vernieuwing niet overal even sterk wordt gevoeld. Lokale cultuur en structuurkenmerken verschillen. In de ene gemeente zijn redzame en innovatieve burgers de gemeente al lang voorgegaan; de andere gemeente zit nog in een ander paradigma en zal nog moeten leren te ontzorgen. Het zal ook niet zo zijn dat in de Kanteling een universele en sluitende oplossing is voor alle problemen in alle wijken.

Budgettaire prikkel

Beleidsvrijheid

Cultuuromslag

De spannende vraag is of budgettaire druk de juiste prikkel zal blijken te zijn om een verder te komen; een cruciale bijkomende factor is de beleidsvrijheid die gemeenten wordt gegund. De Kanteling kan immers niet slagen zolang bijvoorbeeld claimgedrag loont; de voorgestelde herformulering van het compensatiebeginsel tot het "beginsel van de passende bijdrage" lijkt een stap in de goede richting omdat hiermee de mogelijkheden voor synergie en activerende ondersteuning worden verruimd en claimgedrag kan worden ontmoedigd. Spannend is ook de vraag in welk tempo de Kanteling zich kan voltrekken. De match tussen vraag en vrijwillig aanbod kan alleen slagen als de aanbodkant van het vrijwilligerswerk de tijd krijgt om zich te ontwikkelen. Dit aanbod komt niet op commando tot stand; dat vereist een cultuuromslag waarin sommigen gemeenten nog langere tijd moeten investeren.

Relatie met zorg

Vervolgens blijft er de lastige verhouding met de zorg. Als de gemeente onder meer budgettaire druk komt dan de zorg, leidt dat tot een ongelijk speelveld en uiteindelijk tot doorschuiven van problemen van een verschraalde ondersteuning naar zorg. Het mag niet zo zijn dat zoiets, door oorzaken in de financiering en de

governance, door de zorgsector eerder wordt opgevat als een kans op omzetvergroting dan als een probleem.

Kansen en risico's

Veel kansen

Het voorgaande overziend, zijn de kansen groot. Zij liggen in het doorvoeren van de kanteling in het denken over en het genereren van de eigen kracht van de burger, in de opbouw van basisvoorzieningen en versterking van sociale samenhang, in het benutten van synergiepotentieel en in de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers. Een kans is ook dat gemeenten een eigen invulling gaan geven aan de ondersteuning, passend bij lokale voorkeuren en cultuur. Dat leidt tot gewenste verschillen en is een motor voor innovatie in het sociale domein. Het is echter noodzakelijk om ook de risico's te onderkennen die roet in het eten kunnen gooien.

Ongewenste verschillen…

…als kanteling hapert …

… of middelen scheef worden verdeeld

Een risico is dat er, naast gewenste, ook ongewenste verschillen in dienstverlening tussen gemeenten zouden ontstaan, die het draagvlak voor het gedecentraliseerde systeem zouden kunnen aantasten. Ongewenst zou zijn wanneer in bepaalde gemeenten gaten vallen in de opbouw van de informele nulde lijn of in de signalerings- en toeleidingsorganisatie, doordat de kanteling niet krachtig genoeg of overhaast wordt doorgezet. Of wanneer synergievoordelen op het vlak van de drie decentralisaties en met de zorg blijven liggen doordat kokers en schotten niet worden doorbroken. Nog ongewenster zou zijn wanneer een gemeente, met het oog op kostenbesparing en risicoselectie, zou kiezen voor een schraal voorzieningenniveau. Dergelijke verschillen zullen eerder optreden als de verdeling van middelen niet goed aansluit, en in de toekomst blijft aansluiten, bij (de ontwikkeling van) de kosten. Kostenpatronen zijn niet statisch als het sociale domein een veel groter aandeel in de gemeentelijke huishouding gaat krijgen, en door de kanteling een groter beroep wordt gedaan op informele relaties. Ook het potentieel aan synergie en samenwerking als gevolg van de decentralisaties is naar alle waarschijnlijkheid niet gelijk over gemeenten verdeeld.

Te hoge verwachtingen

Een risico van andere aard is dat de verwachtingen, van het tempo van kanteling en ontwikkeling van nieuwe competenties, van het potentieel van synergie en vrijwilligers en mantelzorgers, en daarmee van de budgettaire besparingen, niet realistisch zijn. Ook de schotten tussen maatschappelijke ondersteuning, Zvw en romp-AWBZ kunnen remmend werken. De bestuurlijke discussie kan dan in een negatieve spiraal terecht komen, waarin de dekking van tekorten centraal komt te staan, het wederzijds vertrouwen afneemt en de decentralisatie in de gevarenzone kan belanden.










5 Oplossingsrichtingen

Oplossingsrichtingen

Om tot een betere borging van publieke belangen door decentralisatie te komen is het van belang dat het transformatieproces van de Kanteling goed en evenwichtig kan plaatsvinden, en zo nodig tijdig kan worden bijgestuurd. Dit transformatieproces heeft tijd nodig; het gaat om een fundamentele omslag diep in de samenleving.

Monitoring

Monitor integraal de hele populatie

Hierbij past dat een **goede landelijke monitor** wordt georganiseerd, die een aantal functies integreert: verantwoordings- en sturingsinformatie voor de stelselverantwoordelijke, benchmarkinformatie voor de gemeente, transparantie voor de burger. Er wordt met voldoende frequentie gerapporteerd, zodat tijdig kan worden bijgestuurd.

Uitkomsten

De monitoring gaat uiteindelijk over de uitkomsten op populatieniveau in termen van redzaamheid en participatie, van bereik en uitsluiting en van de kosten die gemeenten voor het sociale domein maken. Hierbij kan dus niet worden volstaan met onderzoek onder bij de gemeente en zorginstellingen bekende cliënten met een ondersteuningsbehoefte.

Focus van Kanteling

Tijdens de transformatie kan ook monitoring op processen, organisatieverandering en samenwerking nodig zijn, zodat de hiervoor genoemde risico's worden voorkomen. Hoe vordert de kanteling? Wordt de synergie in het sociale domein benut? Is er samenwerking met de zorg? Hoe ontwikkelen de kostenpatronen zich?

Om de transformatie vaart te geven, is het wenselijk om alle partijen snel duidelijkheid te geven over **budgetten** en **randvoorwaarden**.

Budgetten en verdeelmodel

Sociale samenhang en verdeling

Duidelijkheid over budgetten is noodzakelijk voor de gemeentelijke beleidsvoorbereiding. Dit vergt duidelijkheid over het macrobudget en over het financieel verdeelmodel voor het sociale domein. Dit model zal een objectieve grondslag moeten hebben; historische verdeelsleutels hebben niet de voorkeur in verband met de gesignaleerde praktijkvariatie in de huidige AWBZ. Een goed model bevordert een gelijk speelveld voor gemeenten onderling en verkleint het risico van ongewenste verschillen. Het lijkt wenselijk om in dit model het aspect informele sociale samenhang een plaats te geven. De kracht en potentie hiervan verschillen per gemeente en met het verloop

van de transformatie gaan die verschillen zwaarder wegen. De (on) beïnvloedbaarheid van de sociale samenhang en de mogelijkheden om die te operationaliseren zal nader moeten worden gemonitord en onderzocht.

Gelijke speelvelden

De randvoorwaarden waardoor de decentralisatie kan slagen betreffen het gelijke speelveld in de verhouding van de gemeente met de burger en van de gemeente met de zorgsector (verzekeraar en aanbieder).

Speelveld gemeente en burger

Redelijk beroep over en weer tussen burger en gemeente

Een gelijk speelveld voor gemeente en burger betekent dat de gemeente een redelijk beroep kan doen op eigen kracht en mantelzorg uit het netwerk van de burger, waarbij wordt meegewogen welke basisvoorzieningen de gemeente daarvoor biedt. De burger kan noodzakelijke individuele ondersteuning zo nodig afdwingen, met voor de gemeente de vrijheid om die zoveel mogelijk een activerend karakter te geven. Het is wenselijk dat de burger wordt gestimuleerd om zich, ook financieel, goed voor te bereiden op het beroep op zijn eigen kracht, zoals eerder door de RVZ bepleit (advies Redzaam ouder). Het kabinet heeft inmiddels een duidelijke lijn uitgezet voor het bevorderen van mantelzorg, en kiest ervoor om, anders dan in sommige omliggende landen, deze niet verplichtend te maken. Tegelijk is een belangrijk onderdeel van de kanteling dat het aanbod van informele ondersteuning toeneemt en zullen daarvoor instrumenten worden ontwikkeld. Ook aanbieders van zorg en ondersteuning nemen initiatieven om de kwaliteit van de zorg op deze manier te verbeteren. Om de ontwikkeling van deze praktijk, waaraan ook diverse ethische aspecten kleven, te stimuleren is een oplossingsrichting om de ethische do's en dont's op dit gebied in kaart te brengen, bijvoorbeeld door het CEG te vragen hierover te adviseren.

Steeds meer beroep op mantelzorg en vrijwilligers; ethische aspecten

Speelveld gemeente en zorgsector eerste lijn

Gemeente en zorg stimuleren tot samenwerking

Een gelijk speelveld voor gemeente en zorgsector houdt in dat gemeenten, eerstelijns zorg (inclusief de wijkverpleging en thuiszorg) en langdurige intramurale zorg allen belang hebben bij het delen van relevante informatie, bij samenwerken aan integrale dienstverlening en bij afstemming bij de contractering. Deze samenwerking is vooral van belang voor de meest kwetsbare thuiswonende burgers, met ernstige beperkingen, die in de toekomst afhankelijk zullen zijn van diensten vanuit de Zvw en de Wmo. Een ander belang van gezamenlijk optrekken is het tijdig signaleren en preventief interveniëren ter voorkoming van kwetsbaarheid. Op veel plaatsen is deze samenwerking vanzelfsprekend, maar niet overal; het is lastiger in gebieden zonder dominante verzekeraar en/of zonder hechte samenwerking tussen/met kleinere gemeenten.

Geld voor wijkverpleging en sociale wijkteams onder voorwaarden

Een optie om zowel gemeenten als eerstelijns zorg te stimuleren is om bij de toedeling van de nieuwe middelen voor wijkverpleging en sociale wijkteams (samen € 250 miljoen) de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars mee te wegen. Dit zou een tijdelijke prikkel moeten zijn, voor bijvoorbeeld twee of drie jaar, met de bedoeling om het transformatieproces te faciliteren; een structurele prikkel past niet in de verhouding tussen het Rijk en autonome gemeenten en ook niet in de verhouding tussen Rijk en private verzekeraars. De optie zou inhouden dat deze middelen vooralsnog buiten de risicoverevening en het gemeentefonds om, als subsidie respectievelijk specifieke uitkering beschikbaar komen, op voorwaarde dat op, in overleg nader te benoemen terreinen wordt samengewerkt. Als die samenwerking niet (voldoende) tot stand is gekomen, kan de subsidie of specifieke uitkering geheel of gedeeltelijk bij een of meerdere partijen worden teruggevorderd.

Speelveld gemeente en langdurige intramurale zorg

De gemeente is niet gehouden cliënten te ondersteunen met individueel maatwerk als die in aanmerking komen voor een indicatie voor intramurale zorg. De huidige AWBZ kent op dit gebied tevens de mogelijkheid van Volledig Pakket Thuis: iemand met een indicatiebesluit voor intramurale zorg kan de aanbieder vragen om het verblijf en overige zorg thuis te leveren; deze mogelijkheid blijft waarschijnlijk in de toekomst bestaan.

Samenwerking voor kosteneffectieve langdurige ondersteuning en zorg

Helemaal bevredigend is deze strikte domeinscheiding tussen gemeente en langdurige zorg niet, omdat mét een indicatiebesluit voor de romp-AWBZ tegelijk de gemeente met zijn potentieel aan synergie, maatwerk en eigen/netwerkkracht buiten spel wordt gezet. Echter, vooral als dure specialistische ondersteuning nodig is, kan de druk om tot een indicatiebesluit te komen oplopen, terwijl dat niet per se de wens van de cliënt hoeft te zijn, die wellicht tevreden is met het ondersteuningsarrangement, en ook niet per se de meest kosteneffectieve oplossing hoeft te zijn. Het lijkt wenselijk om gemeenten (en wellicht ook de toekomstige Zvw-thuiszorg) in dat geval een belang te geven bij voortzetting van dergelijke kosteneffectieve ondersteuningsarrangementen. Dit kan op verschillende manieren. Een eerste optie is om deze partijen een beloning te geven als zij resultaten boeken met het beperken van de doorstroom van ondersteuningscliënten naar de langdurige intramurale zorg; dit kan worden gerealiseerd met een herverdeelmaatstaf voor gemeenten, aangevuld met een prestatiemaatstaf in de bekostiging van de eerstelijns zorg. Een tweede optie is het mogelijk maken dat vanuit de langdurige intramurale zorg wordt meegedacht, -gewerkt en -betaald aan kosteneffectieve voortzetting van de ondersteuning als alternatief voor intramurale opname of volledig pakket thuis.



6 Aanbevelingen

De decentralisaties in het sociale domein zijn brandstof voor een al langer lopende ontwikkeling waarin gemeenten, binnen de kaders van de gedecentraliseerde eenheidsstaat, steeds meer verantwoordelijkheid krijgen. De Raad deelt de noodzaak van deze ontwikkeling en ziet ook de relevantie van de visie op de gewenste transformatie (de Kanteling). Tegelijk is zorgvuldigheid geboden, want er zijn ook risico's. Zonder de pretentie veel nieuwe inzichten te kunnen toevoegen aan al het materiaal dat er al ligt beperkt de Raad zich tot een aantal gerichte aanbevelingen:

1 Organiseer een integrale landelijke monitor die jaarlijks rapporteert over uitkomsten op populatieniveau en over de voortgang van de transformatie (kanteling) bij alle gemeenten.

Het is belangrijk om in dit complexe en grote transformatieproces de vinger aan de pols te houden. Organiseer daarom een integrale landelijke monitor die jaarlijks rapporteert over uitkomsten op populatieniveau en over de voortgang van de transformatie (kanteling) bij alle gemeenten. Stel beleid van Rijk en gemeenten zo nodig op basis van de uitkomsten van de monitor bij (actor: Rijk en gemeenten).

2 Bevorder ondertussen de ontwikkeling van relevante competenties van gemeenten

Bevorder ondertussen de ontwikkeling van relevante competenties van gemeenten, door best practices uit te wisselen, master classes te organiseren, een landelijk instituut aan te wijzen dat dit proces wetenschappelijk ondersteunt met evaluatieonderzoek. Richt dit ook op competenties en best practices voor intergemeentelijke samenwerking (actor: Rijk en gemeenten).

3 Onderzoek en monitor de beïnvloedbaarheid en operationalisering van sociale samenhang en neem deze factor op in het financiële verdeelmodel voor gemeenten;

De transformatie leunt in belangrijke mate op de ontwikkeling van informele sociale samenhang. Met de voortgang van de transformatie neemt het gewicht van die samenhang als determinant van kosten toe. Onderzoek en monitor de beïnvloedbaarheid en operationalisering van sociale samenhang en neem deze factor op in het financiële verdeelmodel voor gemeenten.

4 Verzoek het CEG om een rapportage en advies over de do's en dont's bij inspanningen van gemeenten en zorgaanbieders om vrijwilligerswerk en mantelzorg meer verplichtend te maken.

Om doelmatigheid en kwaliteit van ondersteuning en zorg te vergroten zullen gemeenten en zorgaanbieders meer beroep doen op vrijwilligers en mantelzorgers. Verzoek het CEG om een rapportage en advies over de do's en dont's bij inspanningen van gemeenten en zorgaanbieders om vrijwilligerswerk en mantelzorg meer verplichtend te maken.

5 Bevorder een gelijk speelveld tussen gemeenten, eerstelijns zorg en AWBZ-zorg:

Financiële schotten en risico's van afwenteling in de zorg staan al geruime tijd op de agenda. Benut de wijzigingen in de thuiszorg (decentralisatie, overheveling naar de Zvw) om voortgang te boeken op deze dossiers.

i) Ken de extra middelen voor wijkverpleging en sociale wijkteams eerst drie jaar als (terugvorderbare) subsidie respectievelijk specifieke uitkering toe op voorwaarde dat gemeente en eerstelijns zorg samenwerken (actor: Rijk, in overleg met gemeenten en zorgverzekeraars). Pas na die periode worden deze middelen structureel toegevoegd aan de reguliere bekostiging (gemeentefonds; risicoverevening).

Ook in de schotten om de langdurige intramurale zorg kan voortgang worden gemaakt.

ii) Beloon beperking van de instroom in de langdurige intramurale zorg via de bekostiging van gemeenten en zorg (verzekeraars en aanbieders) en/of
iii) Maak mogelijk dat vanuit de toekomstige romp-AWBZ met gemeente en Zvw kan worden overlegd over en meebetaald aan kosteneffectieve ondersteuning (actor: Rijk, in overleg met gemeenten en zorgverzekeraars).

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Rien Meijerink,
voorzitter

Theo Hooghiemstra,
algemeen secretaris

Noten

[1] De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling bereidt thans een advies hierover voor.
[2] Trimbos Instituut: Opvang landelijk toegankelijk? (2013)
[3] Ministerie van VWS: Versterken, verlichten en verbinden (2013)
[4] Eurostat: Active ageing and solidarity between generations (2013)
[5] Achtergrondstudie Movisie (2013)
[6] VWS op.cit.
[7] Bijvoorbeeld in de Utrechtse wijk Overvecht.

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesaanvraag

De trend is duidelijk: de AWBZ loopt stap voor stap leeg in de Wmo. Tegelijkertijd neemt de budgettaire krapte toe en lopen ook de middelen van de gemeenten terug. Twee conclusies dringen zich dan op.

a. De gemeente krijgt niet alleen meer, maar ook zwaardere taken. En dat blijken steeds vaker zorgtaken te zijn. Het nog maar enkele jaren geleden ook door de RVZ gemaakte onderscheid tussen "maatschappelijke ondersteuning" en "zorg" lijkt te verdwijnen. Op het moment dat de gemeente ook zorgtaken moet uitvoeren, komt de vraag op of gemeenten dit schaarsteprobleem aan kunnen en hoeveel locale verschillen wij nog acceptabel vinden? en moeten wij het sturingsinstrumentarium niet aanpassen?

b. De gemeente moet deze nieuwe taken uitvoeren met minder geld dan beschikbaar was in de AWBZ. Bovendien "ontregelt" de rijksoverheid de over te hevelen AWBZ-taken. Dit maakt een andere organisatie van de gemeentelijke taken noodzakelijk. Hierbij speelt onder meer de vraag wie op locaal niveau verantwoordelijk is voor de uitvoering (openbaar bestuur of private instelling). En het houdt een uitnodiging aan Rijk en gemeente in de onderlinge (financiële) verhouding (cq de territoriale decentralisatie) te herijken.

Dit plaatst de zorgsector voor strategische keuzen:

- Zijn er voldoende (robuuste en handhaafbare) kwaliteitsnormen voor gemeenten in de aanbesteding (zie bijvoorbeeld de ervaringen in het vervoer voor mensen met een beperking), wie handhaaft de normen en hoe verloopt de verantwoording? De kinder- en jeugdpsychiatrie is hier een goed ijkpunt.

- Biedt het compensatiebeginsel in de Wmo voldoende soelaas voor de burger in de gegeven situatie of zijn aanvullende maatregelen nodig?

- Hoe sturen wij het in omvang en in complexiteit groeiend interface van gemeente en zorgverzekering? Hoe creëren wij effectieve ketens over de grenzen van de financieringssystemen heen? En wat betekent dit alles voor de schaal van gemeentelijke taakvervulling en voor het functioneren van de GGD (cq de Wpg)?

Van groot belang is hier het fundamenteel onderscheid in besturing tussen de zorgverzekering en het openbaar bestuur. Zie hiervoor het briefadvies Prikkels voor een toekomstbestendige Wmo van de

RVZ (mei 2011). Relevant is dan ook de manier waarop in de Wmo de indicatiestelling, de zorginkoop en de bekostiging plaatsvinden. Moeten die op een met de zorgverzekering vergelijkbare manier verlopen of juist niet?

Verder leert de ervaring van de afgelopen jaren met de Wmo dat maatschappelijke ondersteuning niet los kan worden gezien van andere gemeentelijke taken, zoals die op het vlak van wonen, werken en inkomen. Voor dit nieuwe intersectorale beleid op het locaal vlak zullen de voorwaarden moeten worden gecreëerd. Die voorwaarden hebben te maken met mate en wijze van centrale aansturing cq met decentrale beleidsvrijheid. Voorwaarde is ook de beschikbaarheid van een instrumentarium dat beleidsdossiers verbindt, opdat intersectoraal beleid kan ontstaan: Zvw, Awbz, Wmo, Wpg, straks de Wet werken naar vermogen, schuldsanering, huursubsidie, speciaal onderwijs.

Bij de start van dit adviesproject zal de Raad zich bezinnen op eerder door hem uitgebrachte adviezen over de AWBZ, over gemeente en zorg, over maatschappelijke ondersteuning en publieke gezondheid, over forensische zorg, over intersectoraal gezondheidsbeleid en over preventie van welvaartsziekten. De aanvliegroute voor de RVZ is er een vanuit de volksgezondheid en de zorg en de centrale kwestie voor de Raad is dan: wat is de beste manier om de publieke belangen op dit beleidsterrein op het niveau van de gemeente te borgen? Alcoholbeleid zal specifieke aandacht krijgen in het advies.

De RVZ zal bij het voorbereiden van dit advies samenwerken met de Raad voor het openbaar bestuur (Rob) en met het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

Bijlage 2

Adviesvoorbereiding

Het advies is vanuit de Raad voor de Volksgezondheid voorbereid onder leiding van:
Prof. dr. J.P. Mackenbach
Prof. dr. D.L. Willems

Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden:
Prof. dr. J.P. Mackenbach
- Voorzitter bestuur Netherlands Institute for Health Sciences.
- Lid Raad van Toezicht Instituut voor onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO).
- Lid Gezondheidsraad, vice-voorzitter beraadsgroep Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Gezondheidsraad, lid presidium-commissie Gezondheidsraad.

Prof. dr. D.L. Willems
- Lid Gezondheidsraad, beraadsgroep Ethiek en recht
- Voorzitter medisch-ethische commissie ten bate van Wetenschappelijk onderzoek met mensen, AMC.
- Lid medisch-ethische commissie ten bate van de patiëntenzorg, AMC.

De Raad is in de voorbereiding bijgestaan door een ambtelijke projectgroep bestaande uit:
Drs. F.J. van Sloten, projectleider
Drs. B.J.C. van de Gevel, projectlid
Mevrouw L.E. Oldenhof, projectlid
L. Ottes, arts, projectlid
Mevrouw A. Zarrinkhameh, projectlid
Mevrouw N.L. Buijs, projectondersteuner

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Achtergrondstudies

De Raad heeft de volgende achtergrondstudies laten uitvoeren:
Movisie heeft een achtergrondstudie geschreven met de titel ‘Beleidsidealen in de praktijk’.

Regioplan heeft een achtergrondstudie geschreven met de titel ‘Effectieve decentralisatie?.

Daarnaast heeft de projectgroep de volgende achtergrondstudies uitgevoerd:
Drs. B.J.C van de Gevel heeft een achtergrondstudie geschreven met de titel 'Van rol naar bekostiging in 3D'.

Mevrouw L. Oldenhof heeft een achtergrondstudie geschreven met de titel 'De wijkprofessional van de toekomst'.

Mevrouw A. Zarrinkhameh heeft een achtergrondstudie geschreven met de titel 'Sporen naar strategieën voor een beter leven'

Expertmeeting Patiëntenorganisaties
20 augustus 2013 heeft er een expertmeeting plaatsgevonden met patiëntenorganisaties. Hierbij waren aanwezig:
- Mevrouw M. Brands, ANBO
- Mevrouw M. Hesen, MEE Nederland
- C. Huisman, MEE Nederland
- F. van Kemenade, Wmo-raad Assen
- H. Kraijo, Wmo-raad Deventer
- Mevrouw M. Schnabel, WeHelpen
- Mevrouw P. Stalman, CG-raad
- Mevrouw J. Ulijn, Wmo-raad Tiel

Expertmeeting Innovatieve Zorgaanbieders
22 augustus 2013 zijn de innovatieve zorgaanbieders bijeengekomen tijdens een expertmeeting. Hierbij waren aanwezig:
- Y. van den Berg, B&A
- Mevrouw L. van Borrsum, Altrecht GGZ Utrecht
- Mevrouw L. Buth, Begeleidende Zelfzorg
- R. van Dam, Amstelring
- J. Hoefsloot, Dock
- Mevrouw J. ten Kroode, B&A
- Mevrouw H. van Oldeniel, Boogh

Expertmeeting Grote Zorgaanbieders
17 september 2013 heeft de RVZ een expertmeeting gehouden met de Grote Zorgaanbieders. Hierbij waren aanwezig:
- P. Hermans, Carey Gezondheid Service BV
- Mevrouw A. Hommel, Cordaan
- J. Kauffeld, Espria
- Mevrouw H. Mulders, Actiz
- Mevrouw A. Smits, Centrum voor Dienstverlening
- L. de Vries, Viateence

Expertmeeting Zorgprofessionals

24 september 2013 heeft er een expertmeeting plaatsgevonden met Zorgprofessionals. Hierbij waren aanwezig:

- Mevrouw Y. van den Brink, Wijkverpleegkundige
- Mevrouw S. van Dalen, V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen, fractie wijkverpleegkundigen
- Mevrouw A. Delissen, V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen, fractie wijkverpleegkundigen
- Mevrouw J. van Dorst, V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen, fractie wijkverpleegkundigen
- Mevrouw J. van Hoof, V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen, fractie wijkverpleegkundigen
- Mevrouw M. van Piere, Opleider Verpleegkundig specialist GGZ bij Rivierduinen
- F. Wolters, V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen, fractie wijkverpleegkundigen

Werkbezoek aan zorgcoöperaties

14 oktober 2013 zijn de RVZ en VWS in gesprek geweest met zorgcoöperaties, hierbij waren aanwezig:

- J. Bevers, wethouder Gemert-Bakel
- J. Briels, wethouder Laarbeek
- J. Gerrits, voorzitter zorgcoöperatie Helenaveen
- Mevrouw T. Leenders, voorzitter Zorgsteunpunt Heusden, gemeente Assen
- D. Loeff, beleidsadviseur SRE
- A. Pijnenborg, zorgcoöperatie Hoogeloon
- J. Ragetlie, wethouder Deurne
- D. van Sambeek, voorzitter Tot Uw Dienst, Laarbeek
- T. Schepens, voorzitter platform zorgcoöperaties
- J. Veldhuizen, wethouder Bladel

Werkbezoek aan gemeente Utrecht

Hierbij waren aanwezig:

- R. van Cadsand, projectmanager transitie/transformatie doorbraakdossier Meedoen naar Vermogen
- Mevrouw I. Stokman, beleidsadviseur

Werkbezoek aan gemeente Peel en Maas

Hierbij waren aanwezig:

- R. Genders, Transitie-Trekker begeleiding en overall projectleider 3 D's Peel en Maas
- M. Geraet, integraal projectleider Schakelplein
- N. Jansen, strategie en ontwikkeling
- N. Vaassen, trajectondersteuner Leven in het Dorp WWZ

Werkbezoek aan gemeente Amsterdam

Hierbij was aanwezig:

- Mevrouw K. Boudewijns, adviseur innovatie gemeentelijk zorgstelsel

Werkbezoek aan gemeente Enschede

Hierbij waren aanwezig:

- H. Kelderman, hoofd van de wijkteams
- H. Weggemans, directeur Wijkontwikkeling, zorg en welzijn

Werkbezoek aan gemeente Zaanstad

Hierbij waren aanwezig:

- Mevrouw C. Noom, wethouder Jeugd, Onderwijs, Welzijn, Gezondheidszorg, Grotestedenbeleid
- Mevrouw M. Sloep, projectleider sociale wijkteams

Geconsulteerden

Tijdens het adviestraject is met de volgende personen gesproken:

- Mevrouw N. Baart, Gemeente Zeeuws-Vlaanderen
- Y. van den Berg, B& A
- Mevrouw E. Berman, Vereniging Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk
- J. Bleeker, GGD Fryslân
- H. Bor, SHON
- Mevrouw A. Boele, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
- Mevrouw L. van Borssum, Altrecht, GGZ Utrecht
- Mevrouw K. Boudewijns, Gemeente Amsterdam
- R. van Dam, Osira Amstelring
- De heer E. Derks, Gemeente Zaanstad
- Mevrouw A. van Diepen, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
- W. Drees, Stichting voor Openbare Financiën
- A. van den Dungen, Provinciale Raad Gezondheid Noord-Brabant
- M. van Eck, Actiz
- M. van den Einde, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
- A. Eyck, ZonMw
- M. van den Einde, Ministerie van Sociale Zaken en werkgeleg-heid
- Mevrouw P. Feijten, Sociaal en Cultureel Planbureau
- E. Gerritsen, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
- M. de Gouw, Koepel Wmo-raden
- M. de Heer, Interhealth
- Mevrouw M. Hempenius, CG-raad
- Mevrouw L. Hoogendijk, Mezzo
- E. van Houte, Deloitte

- Mevrouw M. van Houten
- Mevrouw S. Jager, Samenwerkingsverband Regio Eindhoven
- J. Kadijk, JB Lorenz
- H. Kelderman, Gemeente Enschede
- F. Kriek, Regioplan
- Mevrouw M. Kromhout, Sociaal en Cultureel Planbureau
- W. Kruijswijk, Movisie
- Mevrouw J. Manshanden, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
- F. Meerhof, CaleidoZorg
- B. Van der Meijden, Vereniging van Nederlandse Gemeenten
- J. Mooij, Gemeente Hoorn
- Mevrouw I. Neefjes, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
- G. Neijendaal, Raad voor de Financiële Verhoudingen
- Mevrouw C.C.M. Noom, Gemeente Zaanstad
- Mevrouw B. den Outer, JB Lorenz
- Mevrouw A. Peters, Movisie
- T. Robbe, Robbe & Partners
- D. Rooijmans, CZ Zorgverzekeringen
- Mevrouw D. de Ruiter, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
- A. Schelfhout, ZorgSaam
- Mevrouw E. Scholte, Humanitas
- Mevrouw M. Sloep, Gemeente Zaanstad
- Mevrouw K. Smeets, Gemeente Tilburg
- J.A. Smid, Gemeente Rotterdam
- M. Spreen, Stenden Hogeschool Leeuwarden
- H. ter Steege, Gemeente 's-Hertogenbosch
- J. Tanis, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- T. Thissen, Kwaliteits Instituut Nederlandse Gemeenten
- H. Uneken, Gooi en Vechtstreek
- Mevrouw K. de Vaan, Regioplan
- K. Wieme, zelfstandig gevestigd kinder- en jeugdpsychiater
- Mevrouw R. Verheggen, Mezzo
- Mevrouw K. Veldhuijzen, Raad voor de Financiële Verhoudingen
- J. Veraart, Gemeente Zeeuws-Vlaanderen
- K. Verweij, Thebe
- Mevrouw K. Vriends, Gemeente Zeeuws-Vlaanderen
- J. Weggemans, Gemeente Enschede

Op 6 januari 2014 is de onderhavige materie besproken met mevrouw drs. E.T.J. van Kooten van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De Raad heeft het advies op 16 december 2013 vastgesteld.

Bijlage 3

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BZK	Binnenlandse Zaken
CEG	Centrum voor Ethiek en Gezondheid
CPB	Centraal Planbureau
GGD	Gemeentelijke Gezondhiedsdienst
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
VNG	Verenging van Nederlandse Gemeenten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WTCG	Tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 4

Literatuurlijst

Kamerstukken

Tweede Kamer:

Toekomst AWBZ, TK 30597, nr. 296 t/m 393.

Tweede Kamer:
Hervorming langdurige zorg; versterken, verlichten en verbinden, TK 30169, nr. 28

Juridische literatuur

H.J. Muntendam:
Informatiebrochure voor gemeenten over veranderingen in de toegang tot de functie Ondersteunende Begeleiding algemeen op grondslag psychosociaal probleem (2008)

Gemeente Enschede:
Nota Compensatiebeginsel Wmo (2009)

VNG:
Wet basistarieven HH en Wet aanbesteden HH in de Wmo (2012)

VNG:

Wet- en regelgeving Wmo (2013)

RVZ:
Prikkels voor een toekomstbestendige Wmo (2011)

Financiële/sociaaleconomische literatuur

NZa:
Marktscan, Extramurale AWBZ, weergave van de markt 2008-2011 (2012)

NZa: Marktscan extramurale AWBZ 2008-2011 (2012)

Cebeon:
Grenzen in het zorgdomein: geslecht of verlegd (2011)

Koopman en Pomp:
De AWBZ op een tweesprong (ESB, 2012)

Cebeon:
Kosten en baten van Maatschappelijke opvang (2011)

BZK:
Gemeentefonds, Meicirculaire 2013 (2013)

Nijenhuis, Boerboom en Huigsloot:
Bound in shackles, joined with links (2011)

Ministerie van Financiën:
Voorjaarsnota 2013 (2013)

SCP:
Het Wmo budget huishoudelijke hulp voor 2011 (2010)

SCP:
Het Wmo budget huishoudelijke hulp voor 2012 (2011)

SCP:
Maten voor gemeenten 2013 (2013)

VWS:
'Begrotingsafspraken 2014' brief aan VZ Tweede Kamer (11 oktober 2013)

NZa:
Stand van de zorgmarkten 2013 (2013)

NZa:
Populatiebekostiging: Panacee, hype of verkapt kartel? (2013)

SEO:
Kosten en baten Thuisbegeleiding voor gezinnen (2011)

SEO:
Kosten en baten Thuisbegeleiding voor psychiatrische patiënten (2012)

SEO:
Kosten en baten van welzijn en maatschappelijke dienstverlening (2011)

CBS:
Sociaaleconomische verschillen in fysieke beperking van ouderen (2008)

Nijenhuis en Boerboom:
Het BIF-stuk, samenwerken aan een goed financieel stelsel (2013)

CPB:
Stuurzame zorg: tussen solidariteit en keuzevrijheid (2013)

Putters:
De verzorgingsstad (2013)

Zorginhoudelijke literatuur

Movisie:
Beleidsidealen in de praktijk (2013)

SCP:
Met zorg ouder worden (publicatie 2013-21)

HHM Onderzoek en advies:
Verkenning AWBZ-functie Extramurale Persoonlijke Verzorging (2011)

Transitiebureau:
Cliëntengroepen extramurale AWBZ-begeleiding (2011)

Transitiebureau:
Cliëntengroepen extramurale AWBZ-begeleiding. Deel 2: mogelijkheden voor vernieuwing (2012)

CIZ:
Onderzoek omvang upcoding gemandateerde indicatiestelling en aanbevelingen (2013)

Gemeente Enschede:
Factsheet decentralisatie Begeleiding Enschede (2011)

CVZ:
Decentralisatie begeleiding, brief aan STAS VWS (2011)

RIVM:
Gezond ouder worden in Nederland (2011)

HHM Onderzoek en advies:
Verkennend onderzoek overheveling extramurale begeleiding (2011)

CIZ:
Wie is de cliënt? (2011)

Leyden Academy on Vitality and Ageing:
Trends in life expectancy (2010)

Thebe:
Welke koers varen wij in 2010-2014?

SCP:
Kwetsbaar alleen, de toename van het aantal kwetsbare alleenwonende ouderen tot 2030 (2011)

SCP:
Profielen van vragers naar AWBZ-GGZ (2009)

Cordaan:
Zorg dichtbij, meerjarenbeleidsplan 2011-2013

Trimbos Instituut:
Opvang landelijk toegankelijk? (2013)

Trimbos Instituut:
Monitor Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang (2013)

GGD Amsterdam:
Amsterdammers gezond en wel? (2013)

Health Consumer Powerhouse:
Consumer Index 2013 (2013)

Zorgverzekeraars Nederland:
ABWZ 2014 (2013)

VGZ:
Duurzaam & dichtbij, AWBZ inkoopbeleid 2014 (2013)

ZonMw en Disability Studies in Nederland:
Zie meer, Kijk anders, 10 jonge wetenschappers over disability studies (2012)

Evaluatie Wmo

BMC:
Benchmark Wmo 2013, resultaten over het jaar 2012 (2013)

SCP:
Vrijwillige inzet en ondersteuningsinitiatieven (2013)

SCP:
Gemeentelijk Wmo-beleid 2010 (2013)

SCP:
De ondersteuning van Wmo-aanvragers en hun mantelzorgers in 2012 (2013)

SCP:
Bijlagen bij De ondersteuning van Wmo-aanvragers en hun mantelzorgers in 2012 (2013)

SCP:
Ontwikkeling in ondersteuning van mensen met lichamelijke beperkingen en de effecten van ondersteuning op participatie (2013)

SGBO:
Benchmark WMO 2012, resultaten over het jaar 2011 (2012)

SCP:
De weg naar maatschappelijke ondersteuning (2013)

Kansen/gevolgen/risico's decentralisatie

BMC:
De praktijk als gids (2013)

Radar:
Winst door verbinden werk, activering en maatschappelijk ondersteuning (2012)

Divosa:
Bouwstenen voor het sociale domein (2012)

CPB:
Decentralisaties in het sociaal domein (2013)

Platform31:
Steden aan zet, inventarisatie maatregelen en reacties Regeerakkoord Rutte II (2013)

Research voor Beleid:
Eindrapport gemeenten en zorgvangnetten (2010)

Commissie Toekomst Lokaal Bestuur:
Wil tot verschil, Gemeenten in 2015 (2006)

RVZ:
Beter zonder AWBZ? (2008)

RVZ:
Gemeente en Zorg (2003)

Regioplan:
Effectieve Decentralisatie? (2013)

Hoederkamp:
Is transformatie van de Wmo wel mogelijk? (Sociale vraagstukken 2012)

VNG:
De Kanteling financieel, kosten en baten van een nieuwe aanpak in de WMo (2010)

SCP:
Werk aan de wijk (2013)

SCP:
Decentralisatie en de bestuurskracht van de gemeente (2009)

VNG:
Sociale wijkteams in ontwikkeling, inrichting, aansturing en bekostiging (2013)

Overzicht publicaties RVZ

14/01 Randvoorwaarden voor een succesvolle decentralisatie van zorg, januari 2014

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Beleidsidealen in de praktijk, Movisie, januari 2014

Effectieve decentralisatie?, Regioplan, januari 2014

De wijkprofessional van de toekomst, januari 2014

Van rol naar bekostiging in 3D, januari 2014

Sporen naar strategieën voor een beter leven, januari 2014

13/05 Werkprogramma 2014, december 2013

13/04 Garanties voor kwaliteit van zorg, december 2013

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Een goed gesprek, december 2013

Goede wijn behoeft een krans, december 2013

Governacne in private healthcare organizations, ecember 2013

Invloed van de organisaties van medisch specialisten op de
governance van het ziekenhuis, december 2013

Rapportage uitkomsten enquête RVZ over Corporate governan, december 2013

13/02 De participerende patiënt, april 2013

13/03 Brochure ‘Samen kiezen voor goede zorg’

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Shared Decision Making & Zelfmanagement, IQ, april 2013

Gezamenlijke besluitvorming & Zelfmanagement, IQ, april 2013

Nieuwe Verhoudingen in de spreekkamer: Juridische aspecten, Legemaate, april 2013

13/01 Het belang van wederkerigheid, maart 2013

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Feitelijke en gewenste solidariteit in de zorg, maart 2013

Instrumenten voor gepast zorggebruik, maart 2013

Theorie en praktijk van menselijk gedrag in een solidair zorgstelsel, maart 2013

Lets Care, maart 2013

12/08 Werkprogramma 2013, december 2012

12/07 Regie aan de poort, december 2012

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Mensen met meervoudige problemen en hun zorggebruik,
november 2012

Eerstelijnszorg voor de jeugd, november 2012

Geestelijke gezondheidszorg, november 2012

Meer aandacht voor participatie in de eerstelijn, november 2012

Eerstelijnszorg voor ouderen, november 2012

Wijkgericht werken: intersectorale samenwerking in de wijk door grenzenwerk, november 2012

Verslag opgesteld van focusgroeponderzoek onder huisartsen en andere eerstelijns zorgverleners, november 2012

De ontwikkeling van de rol van de huisarts gedurende de twintigste eeuw, november 2012

12/05 Redzaam ouder, zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om
voorzorg door iedereen, april 2012

12/06 Jong over Oud, Jonge BN'ers over ouderenzorg, brochure, mei 2012

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Trends in de gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij
zelfstandig wonende ouderen, 2012

Kwaliteit van zorg voor ouderen thuis en in het ziekenhuis, aanbevelingen vanuit de wetenschap met accent op verpleegkunde, 2012

De intramurale ouderenzorg: nieuwe leiders, nieuwe kennis, nieuwe kansen, 2012

Ouder worden in Nederland, een achtergrondstudie naar de visie van ouderen met een migratieachtergrond, 2012

De sociale dimensie van ouder worden, 2012

Bouwstenen voor een toekomstbestendige zorg voor ouderen, 2012

Van Alzheimer tot Methusalem, wetenschappelijke inzichten van belang voor zorg voor ouderen, 2012

12/02 Stoornis en delict, mei 2012

12/03 In profiel: de doelgroepen van GGZ en Justitie

(achtergrondstudie), mei 2012

12/04 Het forensische zorgstelsel, beschrijving van het besturingsmodel in de forensische zorg (achtergrondstudie), mei 2012

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Mogelijke gevolgen Wfz en WvGGZ voor de reguliere GGZ, Indigo beleidsonderzoek en advies

Zorg aan delinquent. Opsluiten va patiënt.
Cultuurverschillen
justitie, forensische zorg en de reguliere GGZ.

12/01 Werkprogramma 2012, januari 2012

11/08 Preventie van welvaartsziekten, december 2011

11/04 Medisch-specialistische zorg in 20/20, oktober 2011

Publicaties bij dit advies

11/05 - Ziekenhuislandschap 2020: Niemandsland of Droomland (achtergrondstudie), oktober 2011

11/06 - Medisch-technologische ontwikkelingen zorg 20/20
(achtergrondstudie), oktober 2011

11/07 – Brochure, oktober 2011

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Samenwerking en mededinging in de zorg (achtergrondstudie), oktober 2011

Het contracteren en bekostigen van medisch specialistische
netwerken (achtergrondstudie), oktober 2011

De rol van e-Health in een veranderend ziekenhuislandschap
(achtergrondstudie), oktober 2011

Demografische krimp en ziekenhuiszorg (achtergrondstudie),
oktober 2011

11/03 Sturen op gezondheidsdoelen, juni 2011

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Levensverwachting (achtergrondstudie), juni 2011

Pay for performance and health outcomes: Promising, not proven (achtergrondstudie), juni 2011

Sturen op uitkomsten in het primair proces (achtergrondstudie), juni 2011

Sturen op gezondheidsdoeleinden en gezondheidswinst op
macroniveau (achtergrondstudie), juni 2011

11/02 Prikkels voor een toekomstbestendige Wmo (briefadvies), mei 2011

11/01 Bekwaam is bevoegd: Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg, februari 2011

Publicaties bij dit advies

Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen en nieuwe beroepen

Het Chronic Care Model in Nederland

Zorgredistributie, sturen op kwaliteit en doelmatigheid in de zorg

Samenwerken in de opleiding Geneeskunde

10/13 Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010

Publicaties bij dit advies

10/14 - Krant bij het advies ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010

10/10 Perspectief op gezondheid 20/20, september 2010

Publicaties bij dit advies

10/11 - Komt een patiënt bij zijn coach…… (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20),
september 2010

10/12 - Veranderen met draagvlak (achtergrondstudie behorende
bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), oktober 2010

10/05 Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe
ordening (discussienota), april 2010

Publicaties bij dit advies

10/09 - Van zz naar gg
Acht debatten, een sprekend verhaal

10/08 - Moderne patiëntenzorg: Acht jaar later (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010

10/07 - Leefstijl en de zorgverzekering (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010

10/06 - Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van zorg (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Van eerste lijn naar primaire gezondheidsondersteuning
(achtergrondstudie), april 2010

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

10/04 De patiënt als sturende kracht

10/03 De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van dekwaliteit van zorg

10/01 Gezondheid 2.0 (advies), februari 2010

Publicaties bij dit advies

10/02 - Health 2.0: It's not just about medicine and technology,
it's about living your life (achtergrondstudie behorende bij het advies Gezondheid 2.0), februari 2010

09/14 Investeren rondom kinderen, september 2009

09/13 Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, januari 2010

09/12 Brochure Numerus Fixus, januari 2010

09/11 Werkprogramma 2010, november 2009

09/10 Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009

09/09 Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009

09/08 Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van
intersectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009

09/07 Evaluatie RVZ 2004-2008, april 2009

09/06 Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009

09/05 Tussen continuïteit en verandering. 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, februari 2009

09/04 Governance en kwaliteit van zorg (advies) maart 2009

09/03 Werkprogramma 2009, maart 2009

09/02 Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht
tussen publiek en bedrijfsbelang (debatverslag), januari 2009

09/01 De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coaltie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met
de NPCF), januari 2009

08/11 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg (advies), december 2008

Publicaties behorende bij dit advies

08/12 - Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies, december 2008

08/10 Versterking voor gezinnen. Preadviezen Raad voor

Maatschappelijke Ontwikkeling (Versterken van de village:
preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Zorg in familieverband: preadvies over zorgrelaties tussen generaties), september 2008

08/08	Schaal en zorg (advies), mei 2008
	Publicaties bij dit advies
	08/09 - Schaal en zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudies behorende bij het advies Schaal en zorg), mei 2008
08/05	Zorginkoop (advies), maart 2008
	08/06 - Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie behorende bij het advies Zorginkoop), maart 2008
	08/07 - Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie behorende bij het advies Zorginkoop), maart 2008
08/03	Screening en de rol van de overheid (advies), april 2008
	Publicaties bij dit advies
	08/04 - Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies (achtergrondstudie behorende bij het advies Screening en de rol van de overheid), april 2008
08/01	Beter zonder AWBZ? (advies), januari 2008
	Publicaties bij dit advies
	08/02 - Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorende bij het advies Beter zonder AWBZ?), januari 2008
Sig 08/01a	Publieksversie Vertrouwen in de spreekkamer, februari 2008
	Publicaties CEG vanaf 2008
Sig 13/03	Leefstijldifferentiatie in de zorgverzekering: een overzicht van ethische argumenten, maart 2013
Sig 12/12	Rechtvaardige selectie bij pandemie, december 2012
Sig 12/10	Toekomstverkenning Ethiek en Gezondheid, oktober 2012
Sig 12/04	De mens centraal? Ethische dilemma's bij gezondheidsbeleid met goede zorg voor dier en natuur, april 2012
Sig 10/11	Ver weg en toch dichtbij? Ethische overwegingen bij zorg op afstand, november 2010

Sig 09/11 Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden, november 2009

Briefadvies genetische aanleg en registratie van etniciteit,
augustus 2011

Sig 09/05 Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij
gezondheidszorg op televisie, mei 2009

Sig 08/09 Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties, september 2008

Argumentenwijzer voor het debat over orgaandonatie, juni 2008

Sig 08/04 Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaandonatie in ethisch perspectief (studie in het kader van het Masterplan Orgaandonatie VWS), april 2008

Sig 08/01 Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid, januari 2008

Loket **Zor**

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Robbe & Partners b.v.
Nieuwegein

Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

Kenmerk

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum: 16 sept 2014
Betreft: Reactie op uw brief mbt 'zachte landing' transities

Geachte de heer Robbe,

In uw brief d.d. 27 augustus jl. stelt u dat er vijf redenen zijn waarom gemeenten een 'zachte landing' bij de transitie Jeugd en Wmo niet kunnen garanderen.

Ik betreur het dat u niet in heeft willen gaan op mijn uitnodiging om de brief te bespreken. Teneinde onnodige onrust en onzekerheid bij gemeenten en aanbieders te voorkomen reageer ik schriftelijk op de vijf belemmeringen die u noemt en plaats ik deze in het juiste perspectief. Daar uw brief breed is verspreid en de nodige aandacht in de media heeft gegenereerd, kies ik ervoor om een afschrift van deze brief te sturen aan de wethouders en de VNG.

1. **Budget gemeenten en rapport Algemene Rekenkamer**

U stelt in uw brief dat de Algemene Rekenkamer in het rapport over het macrobudget Wmo/Jeugd[1], heeft vastgesteld dat er sprake is van een niet te repareren onzekerheid in de berekeningen van het Ministerie van €2 miljard op een totaal budget van €3,5 miljard. Onduidelijk is, volgens u welk effect dit heeft op de gemeentelijke budgetten.

In uw brief wekt u de suggestie dat de Algemene Rekenkamer hiermee tot de conclusie komt dat €2 miljard van de €3,5 miljard inherent onzeker is. Dit is niet juist. De bevindingen van de Algemene Rekenkamer hebben alleen betrekking op het bepalen van de leeftijdsgrens bij het toedelen van het budget. Het bestand waarop wij de leeftijden hebben bepaald is niet helemaal compleet, omdat sommige gegevens van BJZ missen. Daarom zou het kunnen zijn dat de leeftijdsverdeling iets anders is wanneer gekeken wordt naar de volledige populatie. Over een fractie van de €2 miljard van het budget is niet de precieze omvang van de populatie te bepalen maar is uitgegaan van een schatting.

[1] Algemene Rekenkamer, Macrobudgetten Jeugdwet en Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Toets op de berekening. 9 mei 2014.

In de mei circulaire zijn gemeenten geïnformeerd over het beschikbare budget voor 2015. Er is een uitgebreide toelichting geschreven voor gemeenten hoe dit budget tot stand is berekenend. Deze informatie is te vinden op www.Invoeringwmo.nl.

De basis van de berekeningen van het macrobudget zijn de gerealiseerde uitgaven in de AWBZ in 2013. VWS heeft de realisatiecijfers over 2013 in februari ontvangen en vervolgens verwerkt waardoor de Algemene Rekenkamer deze berekeningen in haar toets heeft kunnen meenemen. Bij de cijfers voor zorg in natura (ZIN) is uitgegaan van de opgave van de NZa over 2013. De gegevens van de NZa bevatten de volledige prijs- en volumegegevens van alle intra- en extramurale prestaties die AWBZ-instellingen in natura ten laste van de AWBZ leveren. Dit betreft dus de feitelijk gerealiseerde uitgaven.

Bij de behandeling van de Wmo 2015 in de Eerste Kamer is gevraagd om nadere uitleg over het beschikbare budget voor de nieuwe verantwoordelijkheden in de Wmo 2015 ten opzichte van wat er nu in de AWBZ wordt besteed aan de taken die gedecentraliseerd worden. Dit is per brief opnieuw uitgelegd[2] .

2. De ontvangen cliëntgegevens (Wmo) en beleidsinformatie (Jeugd/Wmo)

Volgens u zijn de gegevens die gemeenten ontvangen vanuit VWS om de bekostiging van afspraken met zorg- en welzijnsaanbieders vorm te geven onbetrouwbaar, onvolledig, onduidelijk en/of komen te laat. De onbetrouwbaarheid zit volgens u in de grote verschillen tussen de eerder uitgeleverde Vektis gegevens (meest recente versie april 2014) en de gegevens die gemeenten hebben ontvangen bij de eenmalige gegevensoverdracht (aangeleverd door CIZ en Vektis via het CAK portaal).

Gemeenten kunnen vanaf 23 juli jl. bestanden ophalen van CIZ (indicaties) en Vektis (declaraties), op BSN niveau, over de cliënten die op peildatum 14 juli 2014 een geldige indicatie hadden voor AWBZ zorg dat per 1 januari 2015 onder het overgangsrecht van de Wmo 2015 valt. Deze bestanden zijn beschikbaar gesteld zodat gemeenten in contact kunnen komen met de cliënten voor wie zij vanaf 1 januari 2015 verantwoordelijk zijn in het kader van het overgangsrecht Wmo 2015. Vanaf september worden de bestanden aangevuld met PGB bedragen zodat gemeenten het PGB bedrag voor 2015 kunnen bepalen en dit tijdig door kunnen geven aan de Sociale Verzekeringsbank en budgethouders. Voor Jeugd ontvangen gemeenten in oktober de PGB bestanden.

Voor de gegevensoverdracht AWBZ/Wmo (GO) die in juli plaatsvond heeft het CIZ bestanden opgesteld met indicatiegegevens van cliënten die op 14 juli 2015 een indicatie hadden die per 1 januari 2015 onder het overgangsrecht van de Wmo 2015 vallen. Vektis heeft vervolgens (namens de zorgkantoren) op basis van deze selectie van CIZ, bestanden opgesteld met het aantal en soort declaraties, behorende bij de Wmo 2015, tot peildatum 14 juli.

---

2 TK 2013-2014, 13220 'Nadere toelichting financiële aspecten Wmo'

Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken

Eind september, medio november en eind februari worden geactualiseerde bestanden opnieuw volledig beschikbaar gesteld zodat gemeenten geïnformeerd blijven over nieuwe indicaties die zijn afgegeven en declaraties die bij de zorgkantoren zijn binnengekomen in de tussenliggende periodes. Verschillen in 'tranches' zoals u aangeeft zijn dus niet aan de orde.

De bestanden op cliëntniveau (Gegevensoverdracht (GO) bestanden) zijn niet te vergelijken met de eerder verstrekte beleidsinformatie (op geaggregeerd niveau). De gegevensoverdracht (GO) heeft als doel om gemeenten inzicht te geven in wie er feitelijk per 1 januari 2015 bij hun aan de poort staan. De beleidsinformatie heeft als doel gemeenten een actueel beeld te geven van de omvang en aard van de AWBZ doelgroep, de zorgconsumptie op jaarbasis en de AWBZ aanbieders die de zorg leveren, zodat gemeenten in hun beleid en inkoop hier op kunnen baseren. De beleidsinformatie is over het jaar 2013 in januari jl. door CIZ en CAK en in april jl. door Vektis, beschikbaar gesteld. De beleidsinformatie uit januari van het CAK gaat over eigen bijdrage plichtigen (dus alleen cliënten ouder dan 18) en bevat dus een kleinere populatie dan CIZ en Vektis. Een uitgebreide toelichting en instructies filmpjes zijn beschikbaar gesteld op invoeringwmo.nl om gemeenten te ondersteunen bij de interpretatie en toepassing van de beleidsinformatie van CAK, Vektis en CIZ.

De belangrijkste reden dat het GO bestand niet te vergelijken is met de eerder verstrekte beleidsinformatie is dat het GO bestand gebaseerd is op het aantal unieke cliënten dat op peildatum (14 juli'14) een geldige CIZ indicatie hadden die per 1 januari 2015 onder het overgangsrecht Wmo 2015 valt. De beleidsinformatie is gebaseerd op het aantal cliënten (en daaraan gekoppelde declaraties) op jaarbasis. De volgende factoren maken dat het aantal indicaties op jaarbasis hoger is dan het aantal indicaties op peildatum:

a. de cliënten die een kortdurende indicatie hebben gehad, waarvan de geldigheid ondertussen is verlopen zijn op peildatum niet zichtbaar;
b. de cliënten die ondertussen een indicatie hebben gekregen voor zorg die niet overgaat naar de Wmo zijn op peildatum niet zichtbaar;
c. de cliënten die zijn overleden zijn of verhuisd zijn op peildatum niet zichtbaar.

Daarnaast is voor het GO bestand gebruik gemaakt van de meest actuele verdeling van AWBZ indicaties en prestatiecodes (op basis waarvan aanbieders zorg declareren) naar de Wmo 2015, Jeugdwet, Zvw en wetsvoorstel Langdurige Zorg naar de wet. Deze verdeling (NZA-codelijst) is beschikbaar op www.invoeringwmo.nl. Deze criteria wijken enigszins af van de criteria die zijn toegepast bij de beleidsinformatie. Voor de beleidsinformatie hebben CIZ en Vektis gebruik gemaakt van de verdeling op basis van de wetsvoorstellen op dat moment (mei 2014).

Gemeenten hebben een uitgebreide handleiding ontvangen bij het GO bestand met toelichting over de totstandkoming, opbouw en toepassing van de bestanden. Ter aanvulling zal er zeer binnenkort een factsheet verspreid worden waarin nogmaals uiteen gezet wordt waar de bestanden voor gebruikt kunnen worden en wat de verklaringen zijn voor eventuele verschillen. Het advies is dat gemeenten deze factsheet en de meegeleverde handleiding goed doornemen. Er is een servicedesk ingericht bij het CAK (tel. 088- 711 48 88 (9.00 – 17.00 uur)) waar gemeenten

Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken

terecht kunnen voor vragen. Het CAK zal wanneer nodig de vraag doorzetten naar CIZ, Vektis of VNG/VWS. Eventuele vragen over de bestanden beantwoorden we graag.

3. BTW vrijstelling

U geeft aan dat er veel onduidelijkheden spelen rond BTW vrijstelling en vraagt aan de staatssecretaris of hier al duidelijkheid over is. Indien aanbieders 21% btw moeten afstaan dan is dit niet te bekostigen door gemeenten.

De suggestie die hier van uitgaat, namelijk dat mogelijk het volledige Wmo budget 'at risk' is voor de btw is apert onjuist. Dit is breed bekend bij aanbieders, brancheverenigingen en VNG. Recent heeft de staatssecretaris van Financiën een brief geschreven aan de Tweede Kamer[3] waarin staat uitgelegd dat gemeenten veelal of vrijgesteld zijn of compensabel via het BCF (Btw Compensatie Fonds).

Alleen wanneer het gaat om vergoedingen die besteed worden aan coördinatie, voor zover die niet onder de (nieuwe) vrijstellingen kwalificeren en niet in het BCF tot compensatie kunnen leiden, kunnen er mogelijk fiscale consequenties zijn. Er zijn gesprekken met VNG en de koepels van aanbieders en het ministerie van Financiën, die zullen leiden tot een overzicht van fiscale consequenties voor de meest voorkomende situaties/samenwerkingsrelaties.

In het concept uitvoeringsbesluit voor de Wmo 2015 is inmiddels voorzien in nieuwe vrijstellingen. Dit uitvoeringsbesluit ligt nu bij de Raad van State voor advisering en zal daarna voor worden gelegd aan de Tweede en Eerste Kamer voor besluitvorming. Het geheel van nieuwe wetgeving en het nieuwe uitvoeringsbesluit heeft in hoofdlijn tot doel om de zorgdiensten die op dit moment vrijgesteld zijn voor de btw, ook vrijgesteld te houden.

4. Kleine aanbieders, ZZP-ers

Kleine ondernemers lopen volgens u tegen problemen aan. Zo is volgens u onduidelijk voor zelfstandigen zonder personeel of zij nog wel een VAR-WUO verklaring krijgen (en dus ondernemer blijven) als zij werken in onderaanneming of zelfs in coöperatie-verband. De belastingdienst is hier volgens u niet duidelijk over. U stelt dat hoofdaannemers hierop rekening houden dat deze zelfstandigen moeten worden gezien als werknemers. Dit zou betekenen dat werkgeverslasten moeten worden afgedragen, wat voor hoofdaannemers aanleiding zou zijn om niet (meer) te werken met zelfstandigen zonder personeel.

Zoals u in uw brief vermeldt, is het van een wezenlijk belang voor de kwaliteit van de zorgverlening wanneer er een divers aanbod van zorgaanbieders is: zowel zorginstellingen met medewerkers in loondienst als zorgverleners die als zzp-er werken dan wel op kleinschalige manier werken. Ik verwacht dan ook dat gemeenten, in hun eigen interesse en die van hun cliënten, zo'n divers aanbod zullen realiseren wanneer zij hun inkoop van ondersteuning gaan invullen.

U merkt terecht op dat inschakeling van zzp-ers via onderaanneming op dit mo-

[3] TK 2013-2014 33750-VII-59 'BTW bij samenwerken gemeenten', 16 juni

ment een vorm van inschakelen van zzp-ers is die de toets van de regelgeving niet doorstaat, in de zin dat het voor de onderaannemers geen VAR-Wuo zal opleveren. Daarom is het van belang om de diversiteit te realiseren via het als gemeente zélf contracteren van zzp-ers. Op dit moment is het in ieder geval duidelijk dat het direct contracteren een VAR-Wuo zal opleveren. Er loopt inmiddels onderzoek naar een bedrijfsconcept voor zzp-ers in de (nu) AWBZ-gefinancierde thuiszorg dat past binnen de wet- en regelgeving.

Ik hoop dat het onderzoek naar de kostprijzen waar u naar verwijst, inderdaad functiegericht is. Dan is het namelijk onafhankelijk van de wijze waarop het product tot stand komt: door zzp-ers dan wel door zorginstellingen met medewerkers in loondienst. De kostprijzen van de ene of de andere vorm zullen elkaar waarschijnlijk niet veel ontlopen. Ook voor zzp-ers geldt immers dat zij te maken hebben met werkgeverslasten, zij zijn immers werknemer en werkgever tegelijkertijd. Ook zzp-ers moeten zorgen dat zij voorzieningen treffen voor periodes van loonderving (vakantie, ziekte, arbeidsongeschiktheid, opleiding) en pensioen. Ook al krijgen zij geen rekening van het UWV of van een pensioenfonds, de kosten hebben ze wel degelijk.

In die zin maakt het ook voor hoofdaannemers niet uit of hun onderaannemers zzp-ers zijn of medewerkers in loondienst. De kostprijs van het inhuren van menskracht blijft globaal hetzelfde. De gepercipieerde onduidelijkheid waar u naar verwijst, is er mijns inziens dan ook niet.

Omdat de positie van zzp-ers in onderaanneming inmiddels wel duidelijk is, namelijk niet leidend tot een VAR-Wuo, is het niet realistisch wanneer zorginkopers onderaanneming als eis stellen. Zo ontstaat ook verdere duidelijkheid.
Ik zou het dan ook zeer op prijs stellen wanneer u de door gemeenten ervaren onduidelijkheid weerlegt met mijn bovenstaande relativeringen.

5. Samenwerking aanbieders i.r.t. tot mededinging

U stelt dat samenwerking tussen zorgaanbieders gewenst is om de effectiviteit van diensten te verhogen. Volgens u is er bij gemeenten en aanbieders onduidelijkheid over wat nu wel en niet is toegestaan. Hierdoor worden door aanbieders bezwaren opgeroepen tegen bepaalde processen, waardoor het verhogen van de effectiviteit in het geding komt.

Ik herken dit signaal en heb daarom besloten een rondgang te houden met de vraag hoe samenwerking in zorg en ondersteuning mogelijk is en hoe de inkoper hiermee om kan gaan. Er blijkt veel onwetendheid, onzekerheid en gebrek aan kennis over dit onderwerp. Het TransitieBureau Wmo heeft een set van 7 informatiekaarten opgesteld over mededingen in het sociaal domein om gemeenten en aanbieders te informeren over dit onderwerp. Samen met de ACM, Nza en VWS zijn er bijeenkomsten voor gemeenten, aanbieders en zorgkantoren georganiseerd om deze partijen te informeren en in de gelegenheid te stellen om vragen te stellen. Voor meer informatie over deze bijeenkomsten verwijs ik u naar de website: http://www.invoorzorg.nl/ivz/bijeenkomst-rongangcare.html

Op de website van de ACM (www.acm.nl) komt ook meer informatie en vraag/antwoorden beschikbaar over mededingen in relatie tot de transitie.

Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken

Ik hoop dat u met de informatie in deze brief gemeenten die u adviseert beter kunt bijstaan in deze voor hen cruciale fase van de voorbereidingen op de jeugdwet en de Wmo en eventuele onrust wegneemt door het verstrekken van juiste informatie.

Mocht u n.a.v. deze brief nog vragen hebben dan staan wij zoals reeds aangegeven open voor gesprek.

de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de directeur Maatschappelijke Ondersteuning,

drs. E.T.J. van Kooten

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport
t.a.v. de staatssecretaris M. van Rijn
en de Transitie Autoriteit i/o
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
Postbus 1539
3500 BH Utrecht
t.a.v. de Algemeen directeur mevrouw Wilna Wind
t.a.v. de voorzitter mevrouw Gerdi Verbeet

Koepel WMO-raden
Postbus 169
3500 AD Utrecht
t.a.v. de voorzitter van het bestuur de heer Hans-Martin Don

Eerste Kamer
Binnenhof 21-23
2513 AA Den Haag
T.a.v. de voorzitter mevrouw mr. A. Broekers-Knol

Tweede Kamer
Plein 2
2511 CR Den Haag
T.a.v. de voorzitter mevrouw Anouchka van Miltenburg

Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Postbus 30435
2500 GK Den Haag
T.a.v. de voorzitter van de directieraad mevrouw J. Kriens
T.a.v. de voorzitter VNG mevrouw A. Jorritsma

Transitie Autoriteit Jeugd
Muzentoren
Wijnhaven 16
2511 GA Den Haag
T.a.v. de voorzitter mevrouw drs. M. Sint

Robbe & Partners
BESTUURS- EN BELEIDSADVISEURS

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
Postbus 413
3500 AK Utrecht
T.a.v. de voorzitter mevrouw Heleen Dupuis

Actiz
Postbus 8258
3503 RG Utrecht
T.a.v. de directeur de heer Aad Koster
T.a.v. de voorzitter bestuur de heer prof. Dr. A.P.W.P. van Montfort

GGZ Nederland
Postbus 830
3800 AV Amersfoort
T.a.v. de directeur de heer Paul van Rooij
T.a.v. de voorzitter mevrouw Jacobine Geel

Jeugdzorg Nederland
Postbus 85011
3508 AA Utrecht
T.a.v. Algemeen directeur mevrouw Nicolet Epker
T.a.v. Voorzitter de heer Hans Kamps

BTN
Postbus 4050
4900 CB Oosterhout
t.a.v. de directeur de heer Rob van der Cammen

Via e-mail en per post

Datum: 26 augustus 2014

Betreft: **Zachte landing**

Geachte heer/mevrouw,

Graag vraag ik uw aandacht voor het volgende.

Deze brief is geschreven op **persoonlijke titel**, en niet als van adviseur van gemeenten.

Inleiding
In het nieuws lees ik regelmatig dat gemeenten bij de inkoop van diensten in het kader van de transities AWBZ en Jeugd afspraken niet na zouden komen.[1] De in deze nieuwsberichten aangehaalde personen doelen dan op de afspraken tussen Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), brancheverenigingen in de zorg (Actiz, VGN, *et cetera*) en de staatssecretaris over een "zachte landing". Eerder genoemde kortingspercentages door de staatssecretaris op de budgetten voor de te decentraliseren taken begeleiding en jeugdzorg van 25% respectievelijk 15% zouden zijn bijgesteld. Dit om de "zachte landing" mogelijk te maken. Wat de werkelijke door de staatssecretaris opgelegde kortingspercentages zijn, blijft onduidelijk. Soms lijkt dit 7% te zijn, dan weer 11%. In ieder geval werkt de staatssecretaris toe naar de genoemde kortingen van 25% en 15% over een periode van drie jaar. Althans, als die informatie (wel) klopt.

Als adviseur van een groot aantal gemeenten in de inkooptrajecten begeleiding en jeugd valt mij een aantal zaken op. Al de trajecten die ik begeleid, verlopen via een zogenaamde bestuurlijke aanbesteding, waarbij dialoog en onderhandelen moeten leiden tot een (voorlopig) contract. Waarbij partijen dat contract gaandeweg de uitvoering in 2015, en daarna, nog verder kunnen bijstellen om toe te werken naar een juiste "fit" tussen situatie en afspraken (met de voor de gemeenten en cliënten daarbij behorende zorg- en welzijnsorganisaties). Het is mijn overtuiging dat alleen via deze open inkooptrajecten niet alleen een transitie, maar ook een langjarige transformatie is vorm te geven, waarbij belangen van cliënten, van (personeel van) zorg- en welzijnsaanbieders en van gemeenten een rol kunnen spelen. Het kenmerk van een bestuurlijke aanbesteding is dat cliënten het voor het zeggen hebben en om hen heen een "systeem" moet worden georganiseerd waarin zij kunnen kiezen voor zorg en welzijn en zij geen last hebben van het "systeem" zelf.

De opmerkelijke zaken die ik u wil melden, en die door dialoog en onderhandelen met gemeenten en zorg- en welzijnsorganisaties, steeds duidelijker boven water komen, zijn de volgende.

Wij willen "zacht landen", maar is het te garanderen?
Het Ministerie, en in mindere mate de VNG en de brancheverenigingen, wekken bij cliënten en bij zorg- en welzijnsorganisaties de suggestie, dat gemeenten voldoende geld krijgen vanuit het Rijk om de decentralisatie van genoemde taken zonder al te grote kleerscheuren (voor cliënten en zorg- en welzijnsaanbieders) in te regelen (en dus in te kopen). Dit is wat wordt genoemd "de zachte landing". Een verzachting van het kortingspercentage op het macrobudget, zoals dat wordt gemeld, houdt echter geenszins in dat (alle) gemeenten deze "wens" kunnen realiseren. Sterker nog, het kortingspercentage op macroniveau kunnen wij natuurlijk niet een op een vertalen naar een kortingspercentage op decentraal niveau.

Voor de goede orde, het verlichten van de korting in de mei-circulaire op bedragen die eerder zijn gemeld, maakt niet dat eerdere bedragen dan al klopten. Daarin kunnen al verschillen zitten tussen gemeenten die kunnen leiden tot verschillende uitkomsten op de werkelijk(!) ervaren korting door gemeenten en zorgaanbieders in de uitvoering.[2] Overigens meldden de meeste gemeenten mij dat het bedrag in de mei-circulaire juist lager is uitgevallen dan eerder gemeld.

[1] Zie bijvoorbeeld berichten in Zorgvisie, NRC Handelsblad, *et cetera*.
[2] Zie ook Zorgvisie, 26 August 2014, "106 gemeenten dupe van nieuw Wmo-verdeelmodel", http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2014/8/106-gemeenten-dupe-van-nieuw-Wmo-verdeelmodel-1583587W/

Hier komt bij, dat inmiddels wel duidelijk is dat de zogenaamde Vektis gegevens onjuistheden bevatten. Waardoor deze onjuistheden zijn ontstaan, laat ik even in het midden. Dat zij echter niet heel erg betrouwbaar zijn voor beleidsvoorbereiding (en dus inkoop) blijkt wel uit het feit dat het Ministerie zelf zich op dat standpunt stelt.[3]

Vervelend is natuurlijk wel dat het Ministerie gebruik maakt van (weer) andere gegevens dan deze Vektis gegevens (althans, dit meldt het) om de budgetten voor gemeenten te berekenen.[4] Gemeenten kunnen er dus op basis van de Vektis gegevens niet vanuit gaan dat de middelen die zij nu ontvangen toereikend zijn om de decentralisaties goed vorm te geven, laat staan een "zachte landing" te verzorgen. Als de data die individuele gemeenten van het Ministerie ontvangen (zo veel) onduidelijkheden bevatten, dan is het lastig rekenen en komen tot acceptabele tarieven gezien de middelen die overkomen.

Ik wil ook opmerken dat berekeningen die gemaakt worden met de Vektis gegevens wel "goed" kunnen zijn, als het gaat om de "wijze van berekenen". Als de cijfers die de berekening ingaan echter niet kloppen, dan zijn de uitkomsten daarvan nutteloos.

Ik merk op dat de Algemene Rekenkamer zelf al aangeeft een "inherente", "niet te repareren onzekerheid" in de berekeningen van het Ministerie te herkennen van maar liefst EUR 2 miljard op een totaal budget van EUR 3.5 miljard.[5] Wat precies wordt bedoeld met een "inherente" "niet te repareren onzekerheid" van EUR 2 miljard op een bedrag van EUR 3.5 miljard weet ik niet, maar ik (en de groep gemeenten die ik adviseer met mij) word er wel nerveus van. Zeker in deze fase van de decentralisatie, waarin gemeenten op zeer korte termijn (voor 1 oktober 2014) afspraken moeten maken met zorg- en welzijnsaanbieders over de verdeling van middelen. En andere data zo veel onduidelijkheden brengen.

Wat verderop in hetzelfde rapport geeft de Algemene Rekenkamer aan dat de kortingen op het budget AWBZ-Zin (het budget waar gemeenten mee moeten werken in hun inkoop richting zorg- en welzijnsaanbieder) "moeilijk navolgbaar" zijn.[6] Als de Algemene Rekenkamer dat vindt op macro-niveau, hoe kunnen gemeenten dan zekerheden bieden voor een "zachte landing" op decentraal niveau, gegeven overige onzekerheden bij het bepalen van tarieven?[7]

De gegevens die gemeenten krijgen blijken onbetrouwbaar of komen te laat
Als adviseurs en gemeenten keken wij reikhalzend uit naar de zogenaamde CAK gegevens. Misschien dat deze meer licht zouden werpen op het aantal mensen dat zorg gebruikt, welke zorg zij gebruiken en hoeveel. De verwachting was dat in combinatie met de (onbetrouwbare) Vektis gegevens chocolade zou zijn te maken van de toegekende budgetten. Chocolade die wij vervolgens zouden kunnen vertalen in tarieven richting zorgaanbieders, waarbij gemeenten de verantwoordelijkheid voor een "zachte

[3] Zie http://www.vng.nl/producten-diensten/diensten/ondersteuningsteam-decentralisaties/vragen-aan-het-otd/vragen-awbzwmo. Overigens bleek VGN zich vorig jaar al af te vragen hoe betrouwbaar de Vektis gegevens eigenlijk wel niet zijn (zie: http://www.nationalezorggids.nl/zorgverzekering/nieuws/17565-vgn-niet-blij-met-registratie-oproepen-vws-en-vektis.html).
[4] Ibid.
[5] Algemene Rekenkamer, *Macrobudgetten Jeugdwet en Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 – Toets op de berekening* – 9 mei 2014 – blz. 19.
[6] Ibid, blz. 22.
[7] Daarbij merk ik nog op dat in hetzelfde rapport in bijlage 3 geen reactie is opgenomen van het Ministerie op deze conclusie van de Algemene Rekenkamer.

landing" werkelijk op zich zouden kunnen nemen en garanderen. Helaas blijkt bij het ter beschikking komen van de eerste tranche CAK gegevens de zaak er niet duidelijker op te worden.

Gemeenten melden een verschil in "unieke" cliënten tussen Vektis gegevens en CAK gegevens van soms meer dan 50%. Waar Vektis gegevens 100 unieke cliënten noemen, noemen CAK gegevens er nog maar 50 (of minder). Waar is de rest van de "unieke" cliënten gebleven? Wellicht dat latere tranches van de CAK gegevens meer duidelijkheid gaan geven, maar daar hebben gemeenten op dit moment weinig aan. Als zij voor 1 oktober 2014 afspraken moeten maken met zorg- en welzijnsaanbieders over een verdeling van middelen, maar de laatste tranche CAK gegevens pas in 2015 beschikbaar komt, dan wordt het (nu) lastig zinvolle afspraken maken. Zelfs in een flexibel inkooptraject als bestuurlijk aanbesteden.

De gegevens die gemeenten krijgen van het Ministerie om op basis van het hun toegekende budget te komen tot een reële verdeling van middelen zijn dus onbetrouwbaar. Daarmee is het niet mogelijk voor gemeenten een "zachte landing" te garanderen (ik zeg met opzet niet "realiseren", simpelweg omdat wij niet weten of het wel of niet kan).

Gemeenten moeten niet alleen de "zachte landing" financieren
De "zachte landing" moet worden gefinancierd uit een budget dat niet is geoormerkt, maar onderdeel uitmaakt van het Sociaal Deelfonds. Het Ministerie meldt niet, althans niet tegelijkertijd, in haar berichten over een "zachte landing" dat gemeenten niet alleen de begeleidingsdiensten moeten financieren uit het verkregen budget, maar ook legio andere posten (uitvoering, wijkteams, MEE, *et cetera*). Van gemeenten wordt bovendien verwacht dat zij zelf in hun begroting rekening houden met deze extra posten, die zelf vaak weer omgeven zijn met allerlei onzekerheden. Onzekerheden waar het Ministerie ook (weer) geen antwoorden op heeft.

Probleem is dus, dat als gemeenten al voldoende middelen zouden krijgen om een "zachte landing" te realiseren voor de decentralisatie van begeleidingsdiensten, volledig onduidelijk is welk deel van het budget daarvoor op de begroting kan en moet worden geplaatst. Natuurlijk hangt dit samen met het al eerder (ook door de Algemene Rekenkamer) geconstateerde gegeven dat de kortingen op het budget AWBZ-Zin "onnavolgbaar" zijn. Gemeenten weten simpelweg niet, en kunnen ook niet weten, hoeveel middelen er beschikbaar zijn voor de "zachte landing", alle mededelingen daarover van het Ministerie ten spijt.

Zorgaanbieders willen wel, maar kunnen niet…
Als niet "van bovenaf" met zekerheid is te berekenen hoeveel middelen nodig zijn om zorg- en welzijnsaanbieders een reëel tarief te bieden voor hun diensten in 2015, dan begin je "van onderop". Hiermee bedoel ik, dat wij dan een functiegerichte kostprijsberekening toepassen voor de diensten die gemeenten moeten inkopen. In feite is dit de wijze waarop KPMG in opdracht van DIVOSA kostprijzen inzichtelijk heeft gemaakt in de AWBZ en Jeugdzorg.[8] En dat ook al enkele jaren pleegt te doen. In onze berekeningen voor enkele van onze opdrachtgevers, gemaakt voor het KPMG rapport uitkwam, kwamen wij tot vrijwel dezelfde conclusies als KPMG.[9] Er is wat te winnen in de kostprijzen van zorg- en

[8] Zie: https://www.vng.nl/files/vng/201404_eindrapportage_inzicht_in_tarieven_wmo_en_jeugdzorg.pdf
[9] Daarbij opgemerkt dat wij dezelfde adviezen gaven als KPMG. Onze berekeningen zijn gebaseerd op een gewenste situatie, niet op de bestaande. CAO's en werkgeverslasten staan vast. Overhead en productiviteit zijn te beïnvloeden. Daarom zijn ook onze berekeningen steeds een uitgangspunt voor dialoog en onderhandelingen met zorg- en welzijnsaanbieder op lokaal niveau.

welzijnsaanbieders. Overhead- en productiviteitscijfers zijn te beïnvloeden(!) alsook, voor wat betreft begeleiding groep, de groepsgroottes.[10]

In de bestuurlijke aanbestedingen is ervan uitgegaan, dat met het aanpassen van het "systeem" waarbinnen zorg- en welzijnsaanbieders nu moeten opereren, winsten zijn te behalen in de genoemde overhead, productiviteit en het anders organiseren van groepen begeleiding. Daarmee zijn cliënten (voor een groot deel) te ontzien en ontstaan mogelijkheden voor werkelijke verandering aan aanbodzijde (georganiseerd door gemeenten en zorg- en welzijnsaanbieders). De opbrengsten in de lopende bestuurlijke aanbestedingen zijn op dit punt echter nog summier. Daar zijn verschillende redenen voor.

Ten eerste laten zorg- en welzijnsaanbieders weten zeker overhead te kunnen (en willen) verlagen en productiviteit te kunnen verhogen gezien het huidige "systeem". De te boeken (vermeende) efficiencywinsten door de decentralisatie worden echter goeddeels weer teniet gedaan door verschillende gemeenten die toch weer allemaal verschillende werkwijzen willen hanteren in toegang, administratie, bekostiging, *et cetera*. Doordat veel gemeenten versimpelen, maar niet op dezelfde manier versimpelen, blijven de administratieve lasten hetzelfde of worden deze zelfs hoger.[11]

Daar komt bij dat met name de grotere aanbieders, die ook de grootste werkgevers zijn (CAO's!) en de grootste klantgroepen bedienen, niet alleen in de Wmo 2015 diensten zullen aanbieden, maar ook in de WLZ en de Zvw. Naast aan verschillende eisen te moeten voldoen in de Wmo 2015 door verschillende gemeenten, moeten zij ook voldoen aan verschillende eisen die voortkomen uit verschillende wetten (en hun financiers, de zorgverzekeraars). Het Ministerie lijkt zich niet bewust van de (financiële en administratieve) impact op zorg- en welzijnsaanbieders omdat geen beweging zichtbaar is op dit vlak meer eenheid/eenduidigheid te organiseren (wat tot werkelijke efficiencyvoordelen zou kunnen leiden).

Zijdelings moeten wij opmerken dat er onduidelijkheden spelen op het fiscale vlak. Is de BTW vrijstelling al geregeld door de staatssecretaris? Hier is veel onduidelijkheid over, waardoor zorgaanbieders het risico lopen 21% van de middelen die zij ontvangen nog aan de belastingdienst te moeten afstaan, waardoor kortingen nog verder oplopen. De gemeenten krijgen immers middelen waarover nooit BTW is geheven omdat de AWBZ en jeugdzorg zijn vrijgesteld. Zij kunnen dus ook deze 21% niet bekostigen als sprake zou zijn van een BTW plicht.

Inmiddels laat dan ook nog de Autoriteit Consumenten en Markt (ACM) van zich horen. Iedereen in de sector is wel overtuigd dat, zeker voor de moeilijkere ondersteuningsvragen (multi-problem), samenwerking tussen zorgaanbieders is gewenst om de effectiviteit van diensten te verhogen. De ACM, en ook het Ministerie met allerlei handreikingen, denken in deze duidelijk te communiceren wat wel of niet mag, mededingingsrechtelijk gezien. Aangezien zorgaanbieders (en gemeenten) geen mededingingsspecialisten zijn, is het maar zeer de vraag of die duidelijkheid er is. Mijn ervaring is dat dit niet zo is, getuige het feit dat steeds meer bestuurders van zorginstellingen (op advies van en bang gemaakt door advocaten) allerlei bezwaren opwerpen tegen bepaalde processen (bijvoorbeeld plenair doornemen van beleidsmateriaal, zoals in een bestuurlijke aanbesteding gewoonlijk) die nodig zijn om

[10] Merk op dat ik expliciet het woord "beïnvloeden" gebruik en geen normatieve afspraak doe over deze cijfers.
[11] Dit is de reden dat ik al in 2011 met BMC de Minister adviseerde om de bekostigingsstructuur bij de decentralisatie niet te veranderen, maar gemeenten en aanbieders eerst een inhoudelijke "gewenningsperiode" te geven. Zie Baecke, J, et al (2011) *Marktanalyse in het kader van de transitie Jeugdzorg*. Dit advies gold in ieder geval van mij uit ook voor de transitie AWBZ. Zie: http://www.bmcadvies.nl/wp-content/uploads/2014/05/Marktanalyse-Jeugdzorg-2014.pdf. Dit advies werd niet opgevolgd door de Minister.

überhaupt samenwerking en vertrouwen tot stand te brengen.[12] Met alleen mooie handreikingen en leaflets zijn de terechte zorgen van zorgaanbieders niet weg te nemen.

Dan hebben we nog de zelfstandigen zonder personeel en de kleine ondernemers. Dit zijn vooral mensen die ervoor hebben gekozen hun vak niet bij grote organisaties als werknemer te willen uitvoeren. En dragen dus vanuit een andere, eigen principiële overtuiging bij aan de werking van het zorglandschap. Ook deze ondernemers lopen tegen problemen aan. Zo is onduidelijk voor zelfstandigen zonder personeel of zij nog wel een VAR-WUO verklaring krijgen (en dus ondernemer blijven) als zij werken in onderaanneming of zelfs in coöperatie-verband. De belastingdienst is hier niet echt duidelijk over. Omdat die duidelijkheid er niet is, calculeren hoofdaannemers al in dat als deze VAR-WUO niet wordt afgegeven, de zelfstandigen worden gezien als werknemers. En dat betekent dat werkgeverslasten moeten worden betaald. Voor hoofdaannemers een reden om niet (meer) te werken met zelfstandigen zonder personeel. Dezelfde problematiek legt een bom onder coöperaties van zelfstandigen zonder personeel. Hier komt bij dat veel financiers (gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars) juist eisen dat deze kleine ondernemers in onderaanneming aanbieden. Ook de PGB route wordt langzaam afgesloten, omdat de Wmo 2015 stelt dat PGB alleen nog wordt verstrekt als niet al in natura een gelijkwaardige voorziening aanwezig is. En wat gelijkwaardig is wordt niet bepaald door de cliënt(!) of de kleine ondernemer, maar de gemeente. Het zou beter zijn de diversiteit in aanbod in het zorglandschap te stimuleren door ervoor te zorgen dat zelfstandigen en kleine ondernemers een gelijkwaardige positie krijgen naast de bestaande grote(re) aanbieders. De voordelen van diversiteit zijn duidelijk; geen cliënt is hetzelfde, dus hoe meer aanbod hoe groter de kans dat de juiste zorg kan worden geboden en hoe flexibeler de aanbodzijde kan inspringen op de vraagzijde.

Tot slot is (dus) geen sprake van een homogene groep cliënten en dus ook niet van een homogene groep zorg- en welzijnsaanbieders. Wat voor bepaalde zorg- en welzijnsaanbieders haalbaar is, is voor andere niet haalbaar. En vice versa. Dit maakt het veranderen van het "systeem" door het anders organiseren daarvan lastig. Lastig wordt onhaalbaar als alle partijen een "zachte landing" voorstaan, maar daarvoor niet de middelen, de tijd en de "tools" lijken te krijgen. Waarbij de belangrijke rol die het Ministerie (en de politiek) daarin kunnen spelen voor verbetering, niet wordt gezien of niet wordt opgepakt.

Cliënten (en personeel bij aanbieders) gaan de prijs betalen
Dit leidt er mijns inziens toe dat in de bestuurlijke aanbestedingen (maar ook bij andere inkooptrajecten) beleid wordt geïntroduceerd en geïmplementeerd dat vooral kijkt naar de cliënten om de financiering van de decentralisatie en de "zachte landing" op te hoesten.[13] Vrijwel alle beleidsdocumenten, maar ook de inkooptrajecten, gaan over "het terugdringen van de q"; het verminderen van het "claimgedrag" van Nederlandse burgers. Persoonlijk ben ik avers van deze typering van Nederlandse zorgvragers; ik ben er zelf ook een.[14] Het punt dat ik wil maken is echter niet normatief, maar inhoudelijk. Doordat het Ministerie (en de politiek) hun rol niet zien of niet pakken bij het creëren van de voorwaarden voor een transitie en transformatie waarbij het "systeem" simpeler kan worden gemaakt en daarbij efficiencywinsten kunnen worden geboekt, maakt dat gemeenten en zorg- en welzijnsaanbieders de

[12] In bestuurlijke aanbestedingen wordt nooit plenair prijs- of marktinformatie van deelnemers besproken.
[13] In die zin steun ik dus ook de bevindingen van de NCPF in de brief aan de staatssecretaris deze maand. Zie o.a.: http://www.pgb.nl/nieuws-over-het-pgb/in-de-media/over-pgb-en-aanverwante-onderwerpen/wilna-wind-luidt-noodklok-over-transitie.
[14] Zie ook mijn essay gepubliceerd in 2013: Robbe, T.H.G. (2013), *Claimcultuur: Een kritische analyse van het gebruik van het begrip claimcultuur in de beleidswereld van zorg, welzijn en sociale zekerheid*. Vindplaats: http://www.robbeenpartners.nl/wp-content/uploads/2013/08/Claimcultuur.pdf.

financiering van de transformatie en transitie (vooral) moeten leggen bij het verminderen in uren zorg (en in kwaliteit) bij cliënten (en uiteindelijk ook het ontslaan van "duurder" personeel). Daarbij aangetekend: het claimgedrag van burgers is nooit aangetoond, maar lijkt wel leidend (te worden) in de discussie over hoe zorg en welzijn eruit zouden moeten zien in te toekomst (meer zelf doen, minder overheid).[15]

Samenvatting en conclusie
Ik schrijf mijn brief naar aanleiding van de nieuwsberichten die ik lees, maar ook de verwijten die "mijn" gemeenten krijgen dat zij afspraken over een "zachte landing" niet na (willen) komen. In een aantal gevallen krijg ik zelfs persoonlijk(!) als adviseur de "schuld" hiervan. Met mijn schrijven wil ik duidelijk maken dat gemeenten natuurlijk willen meewerken aan een "zachte landing"; dit is in het belang van de eigen burgers (zowel cliënten als zorgpersoneel). Het probleem is dat gemeenten deze "zachte landing" niet kunnen garanderen, waarbij vooral het Ministerie en de landelijke politiek de aangewezen instituten zijn om ons te beklagen. De redenen voor het niet kunnen garanderen van een "zachte landing" heb ik aangegeven:

1) de informatie die gemeenten vanuit het Ministerie ontvangen om de bekostiging van afspraken met zorg- en welzijnsaanbieders vorm te geven is onbetrouwbaar, onvolledig, onduidelijk en/of komt te laat.
2) In het macro-budget zit een inherente, niet te repareren onzekerheid van EUR 2 miljard op het totaal van EUR 3.5 miljard. Onduidelijk is welk effect dit heeft op de gemeentelijke budgetten.
3) Gemeenten moeten meer financieren uit de budgetten die zij uit het Sociaal Deelfonds krijgen dan de gedecentraliseerde begeleidingsdiensten alleen. Er is echter geen sprake van oormerking, dus is onduidelijk hoeveel middelen nu eigenlijk waaraan moeten worden besteed.
4) Zorg- en welzijnsaanbieders geven aan (met valide argumenten) dat hun kostprijzen niet (veel) lager kunnen omdat zij met verschillende gemeenten te maken krijgen en verschillende wetgeving (Wmo 2015, WLZ en Zvw). Zorg- en welzijnsaanbieders lopen zelf tegen allerlei onduidelijkheden en risico's aan en zijn bovendien geen homogene groep, wat het voor gemeenten lastig maakt voor iedereen een "zachte landing" te garanderen.
5) Door de onduidelijkheden en onzekerheden zijn gemeenten en zorg- en welzijnsaanbieders genoodzaakt om (vooral) te kijken naar de –q. Daarmee is het de vraag of een "zachte landing" voor cliënten is te realiseren (en voor het "duurder" personeel bij aanbieders).

Met mijn schrijven wil ik een bijdrage leveren aan het voorkomen dat de discussie die dreigt te ontstaan tussen zorg- en welzijnsaanbieders en gemeenten (voor zover die al niet is gestart) op een onjuiste wijze wordt gevoerd. De door mij gelezen nieuwsberichten wijzen daarop. In plaats van in het aanzicht van (of: over de rug van) cliënten, zorg- en welzijnsaanbieders en gemeenten "het te laten uitvechten" of een belofte nu is gemaakt of niet, hoe die er dan uitziet en of die wel of niet wordt nageleefd, wil ik oproepen tot een eenduidige verklaring richting Ministerie en politiek dat er wat loos is. En dat is een understatement naar mijn mening. Is het niet verstandiger ten halve te keren dan ten hele te dwalen? En dus landelijk, en niet lokaal, de voorwaarden voor een "zachte landing" overeen te komen? Het terugdraaien van wetten die zijn aangenomen in de Eerste Kamer is helaas niet mogelijk. Afspraken

[15] In 2010 noemt het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) in zijn rapport "Op weg met de Wmo" als mogelijke(!) verklaringen voor gestegen professioneel zorggebruik (let op: niet de gestegen zorgkosten) tussen 2004 en 2009: (…) *de toename van het aantal ouderen in de bevolking, de extramuralisering (het feit dat mensen steeds langer zelfstandig blijven wonen) en wellicht* (sic!) *de claimcultuur (het feit dat mensen steeds vaker een beroep op voorzieningen doen)*.

tussen Ministerie en brancheverenigingen zijn echter zwaar onvoldoende om de transitie zo weinig risicovol als mogelijk door te voeren, zo is gebleken.

Ik ben niet uit op een polemiek met welke stakeholder dan ook. Zeker niet voor wat betreft de inhoud van dit schrijven. De tijd om een inhoudelijke discussie te voeren over mijn schrijven is overigens niet aanwezig, gezien de tijd waarbinnen zaken geregeld moeten zijn. Inmiddels adviseer ik daarom "mijn" gemeenten in ieder geval vast vooral nog even vast te houden aan oude bekostigingsstructuren (niet de oude manier van werken!), met een met zorg- en welzijnsaanbieders overeen te komen korting, omdat ik gezien de onzekerheden te veel vernieuwing op dit vlak als onverantwoord beschouw. Dat betekent dat ik, met tegenzin, mijn schip al (gedeeltelijk) heb gekeerd. Daarbij houd ik wel vast aan mijn principiële advisering dat cliënten voorop horen te staan en dat zij te allen tijde moeten kunnen kiezen met welke perso(o)n(en) zij hun zorg en welzijn willen vormgeven.

Uiteraard ben ik altijd bereid mijn brief nader toe te lichten in een persoonlijk gesprek.

Hoogachtend,

mr. drs. Tim H.G. Robbe

Als we onze doelstellingen uit het oog verliezen proberen we de daardoor ontstane onzekerheid te verdrijven door onze inspanningen te verdubbelen: we komen dan wel nergens, maar twee keer zo snel.

- Thomas Harris